

Convenzione/Polizza		
Ramo/Numero	Posizione individuale.	Assicurato
149/5500086		

Agenzia			
Agenzia	Cod. Agenzia	Cod. Subagenzia	Cod. Produttore
GERENZA MI-TO AON SPA	85175		

Contraente	
Cognome e Nome/Ragione Sociale	Cod. Fiscale/P.IVA
FONDO SAN.I.GR.INTESA SANPAOLO	9 7 5 7 4 0 3 0 1 5 7

Il sottoscritto in qualità di Beneficiario:			
Cognome e Nome		Sesso	Data di nascita
			__/__/__
Luogo di nascita		Cod. Fiscale	
Domicilio Fiscale (Indirizzo)		(Località)	Prov. (CAP)
Documento di riconoscimento			
Tipo	Numero	Data rilascio	Rilasciato da
		__/__/__	
			Località rilascio
			Data scadenza
			__/__/__

Procuratore / Mandatario / Amministratore di sostegno / Tutore / Curatore (da compilare in caso di richiesta di persona che agisce in forza di Mandato e/o Procura e/o nomina di Amministratore di sostegno o Tutore o Curatore del Beneficiario)

Cognome e Nome		Sesso	Data di nascita
			__/__/__
Luogo di nascita		Codice Fiscale	
Domicilio Fiscale (Indirizzo)		(Località)	Prov. (CAP)
Documento di riconoscimento			
Tipo	Numero	Data rilascio	Rilasciato da
		__/__/__	
			Località rilascio
			Data scadenza
			__/__/__

richiede a UnipolSai Assicurazioni S.p.A. di dar corso all'operazione di liquidazione della prestazione di rendita per il caso di Non Autosufficienza

DICHIARAZIONI DEL BENEFICIARIO		
<input type="checkbox"/> Assegno di traenza (intestato al Beneficiario) <input type="checkbox"/> Bonifico Bancario (intestato al Beneficiario)		
Codice IBAN <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 15px; width: 100%;"></div>		
Banca	Filiale	Intestatario Conto
Il sottoscritto ➤ richiede che ogni eventuale comunicazione sia trasmessa al domicilio fiscale sopraindicato.		
Luogo e data	Firma del Richiedente (o del Procuratore / Mandatario / Amministratore di sostegno / Tutore / Curatore)	L'Agente (per autenticità della firma, se la richiesta è inviata tramite Agenzia)

Consenso al trattamento dei dati personali per finalità liquidative	
USA_Cons_Vita_01	Sulla base dell'informativa USA_Info_Vita_01 ricevuta in allegato alla presente, il sottoscritto dichiara di acconsentire al trattamento delle categorie particolari di dati personali (ad esempio relativi alla salute), ove necessari per il perseguimento delle finalità indicate nell'informativa.
	Firma del Richiedente (o del Procuratore / Mandatario / Amministratore di sostegno / Tutore / Curatore) _____

Elenco documenti necessari per la liquidazione		
•	La presente domanda di liquidazione compilata e sottoscritta dal Beneficiario (in alternativa potrà essere effettuata su carta semplice), nella quale dovranno essere indicati tutte le informazioni previste dalla presente richiesta	➤ in tutti i casi di liquidazione
•	Fotocopia fronte retro del documento di riconoscimento valido e codice fiscale dell'avente diritto	➤ in tutti i casi di liquidazione
•	Mandato e/o Procura e/o Decreto di nomina di Amministratore di sostegno o del Tutore o del Curatore dell'avente diritto, nonché copia fronte/retro del documento di riconoscimento valido e codice fiscale del Procuratore/Mandatario/Amministratore di sostegno/Tutore/Curatore (*).	➤ se ricorre il caso
•	Decreto del Giudice Tutelare che autorizza la riscossione e dispone sul reimpiego delle somme, con esonero della Società da ogni responsabilità circa il pagamento della somma stessa e da ogni ingerenza e responsabilità circa l'eventuale reimpiego, nel caso di beneficio a favore di minore o di incapace (ottenibile con ricorso al Giudice Tutelare del luogo di residenza del minore o incapace) (*). Gli importi da far autorizzare verranno comunicati dalla Società.	➤ se ricorre il caso
•	<ul style="list-style-type: none"> • certificato attestante lo stato Non Autosufficienza; • relazione medica sulle cause della perdita di Autosufficienza; entrambi da compilarsi a cura: <ul style="list-style-type: none"> • del medico curante dell'Assicurato; • qualora l'incapacità a svolgere gli atti della vita quotidiana sia dovuta a deficit cognitivo, malattia di Alzheimer o Parkinson è necessario che lo stato di Non Autosufficienza sia accertato e certificato da un neurologo e/o geriatra mediante test quali i Mini-Mental State Examination (MMSE, Test di Folstein); • copia conforme di cartelle cliniche di ricovero, visite specialistiche e accertamenti strumentali che hanno portato alla definizione della/e patologia/e causa della perdita dell'autosufficienza. 	➤ in tutti i casi di liquidazione

(*) documenti da presentare in originale o copia conforme all'originale numerata ed autenticata in ogni pagina.

I pagamenti vengono effettuati previa consegna da parte degli aventi diritto di tutta la documentazione sopra elencata in relazione alla causa del pagamento, fatta eccezione per quella già prodotta in precedenza e ancora in corso di validità.

Eventuali ulteriori documenti potranno essere richiesti solo nel caso in cui quelli precedentemente elencati non risultassero sufficienti a verificare l'effettiva esistenza dell'obbligo di pagamento e/o ad individuare con esattezza gli aventi diritto.

Informativa all'interessato sull'uso dei Suoi dati e sui Suoi diritti

Ai sensi dell'Art. 13 Regolamento (UE) n. 679/2016 – Regolamento generale sulla protezione dei dati (di seguito anche “il Regolamento”), e in relazione ai dati personali che Lei ci fornisce, La informiamo di quanto segue.

QUALI DATI RACCOGLIAMO

Si tratta di dati personali (come, ad esempio, nome, cognome, residenza, data e luogo di nascita, estremi documento di riconoscimento e riferimenti bancari,) che Lei stesso od altri (soggetti¹⁾ ci fornisce; tra questi ci possono essere anche categorie particolari di dati personali²⁾ (idonei, ad esempio, a rivelare il Suo stato di salute), qualora siano indispensabili per consentire alla nostra Società di procedere alle richieste di liquidazione/anticipazione di prestazioni derivanti da polizze Vita e/o forme pensionistiche complementari.

Il conferimento di questi dati è in genere necessario per la gestione ed esecuzione di quanto sopra³⁾; in alcuni casi è obbligatorio per legge, regolamento, normativa comunitaria od in base alle disposizioni impartite da soggetti quali l'Autorità Giudiziaria o le Autorità di vigilanza⁴⁾. In assenza di tali dati non saremmo in grado di procedere alla liquidazione come da Sua richiesta.

PERCHÉ LE CHIEDIAMO I DATI

I Suoi dati saranno utilizzati dalla nostra Società per finalità strettamente connesse all'attività liquidativa quali, tra l'altro, (i) la fornitura delle prestazioni contrattuali e servizi assicurativi da Lei richiesti e l'esecuzione dei relativi adempimenti normativi, amministrativi e contabili, (ii) lo svolgimento di attività di prevenzione e contrasto di frodi, (iii) l'eventuale esercizio e difesa di diritti in sede giudiziaria, nonché (iv) lo svolgimento di attività di analisi dei dati (esclusi quelli particolari), secondo parametri di prodotto, caratteristiche di polizza e informazioni sulla sinistrosità, correlate a valutazioni statistiche e tariffarie; ove necessario, per dette finalità nonché per le relative attività amministrative e contabili, i Suoi dati potranno inoltre essere acquisiti ed utilizzati dalle altre società del nostro Gruppo⁵⁾. Il trattamento per le finalità di cui ai punti (ii), (iii) e (iv) è necessario per il perseguimento dei legittimi interessi della nostra Società e delle altre Società del nostro Gruppo allo svolgimento delle sopra indicate attività. I Suoi dati potranno essere comunicati solo ai soggetti, pubblici o privati, esterni alla nostra Società coinvolti nella prestazione dei servizi assicurativi che La riguardano⁶⁾ o in operazioni necessarie per l'adempimento degli obblighi connessi all'attività assicurativa⁴⁾. Per specifiche esigenze di prevenzione ed accertamento delle frodi, i dati potranno essere comunicati anche a società assicuratrici, non appartenenti al Gruppo, ove indispensabili per il perseguimento da parte della nostra Società e/o di queste ultime società di legittimi interessi correlati a tali esigenze o comunque per lo svolgimento di investigazioni difensive e la tutela giudiziaria di diritti in ambito penale.

Potremo trattare eventuali Suoi dati personali rientranti in categorie particolari di dati (ad esempio, relativi al Suo stato di salute) soltanto se necessari per la fase liquidativa e dopo aver ottenuto il Suo esplicito consenso⁷⁾.

COME TRATTIAMO I SUOI DATI

I Suoi dati non saranno soggetti a diffusione; saranno trattati con idonee modalità e procedure, anche informatiche e telematiche, e potranno essere conosciuti solo dal personale incaricato delle strutture della nostra Società preposte alla fornitura dei prodotti e servizi assicurativi che La riguardano e da soggetti esterni di nostra fiducia a cui affidiamo alcuni compiti di natura tecnica od organizzativa che operano quali responsabili del trattamento per nostro conto⁸⁾.

I Suoi dati personali saranno custoditi nel pieno rispetto delle misure di sicurezza previste dalla normativa relativa alla protezione dei dati personali e saranno conservati per la durata del contratto assicurativo e, al suo termine, per i tempi previsti dalla normativa in materia di conservazione di documenti a fini amministrativi, contabili, fiscali, contrattuali e assicurativi (di regola, 10 anni).

QUALI SONO I SUOI DIRITTI

La normativa sulla privacy (artt. 15-22 del Regolamento) Le garantisce il diritto di accedere in ogni momento ai dati che La riguardano, nonché di ottenere la loro rettifica e/o integrazione, se inesatti o incompleti, la loro cancellazione, se trattati illecitamente, o la portabilità dei dati da Lei forniti, ove trattati in modo automatizzato per le prestazioni contrattuali da Lei richieste, nei limiti di quanto previsto dal Regolamento (art. 20). La normativa sulla privacy Le attribuisce altresì il diritto di richiedere la limitazione del trattamento dei dati, se ne ricorrono i presupposti, e l'opposizione al loro trattamento per motivi legati alla Sua situazione particolare. Le ricordiamo, inoltre, che può sempre revocare il Suo consenso prestato per le finalità di trattamento che lo richiedono (come l'utilizzo di dati relativi alla salute), ferma restando la liceità del trattamento effettuato sino al momento della revoca. Titolare del trattamento dei Suoi dati è UnipolSai Assicurazioni S.p.A. (www.unipolsai.it) con sede in Via Stalingrado 45 - 40128 Bologna.

Il “Responsabile per la protezione dei dati” è a Sua disposizione per ogni eventuale dubbio o chiarimento: a tale scopo potrà contattarlo presso l'indicata sede di UnipolSai Assicurazioni S.p.A., al recapito privacy@unipolsai.it al quale potrà rivolgersi, oltre che per l'esercizio dei Suoi diritti, anche per conoscere l'elenco aggiornato delle categorie dei destinatari dei dati relativo alla nota (6). Resta fermo il Suo diritto di rivolgersi al Garante Privacy, anche attraverso la presentazione di un reclamo, ove ritenuto necessario per la tutela dei Suoi dati personali e dei Suoi diritti in materia.

Note

- 1) Ad esempio, contraenti di polizze assicurative in cui Lei risulti assicurato o beneficiario, eventuali coobbligati; altri operatori assicurativi (quali intermediari assicurativi, imprese di assicurazione, ecc.), da cui possono essere acquisiti dati relativi a polizze o sinistri anche a fini di prevenzione delle frodi; soggetti ai quali, per soddisfare le sue richieste (ad es. liquidazione di un sinistro, ecc.) richiediamo informazioni commerciali; organismi associativi (es. ANIA) e consorzi propri del settore assicurativo, altri soggetti pubblici.
- 2) Sono i dati idonei a rivelare non solo lo stato di salute, ma anche convinzioni religiose, filosofiche o di altro genere, opinioni politiche, adesioni a partiti, sindacati, associazioni, od organizzazioni a carattere religioso, filosofico, politico, o sindacale. Sono considerati particolarmente delicati, seppur non sensibili, anche i c.d. dati giudiziari relativi a sentenze o indagini penali, che possono essere trattati, senza il consenso dell'interessato, per finalità autorizzate a livello normativo e nel rispetto delle disposizioni legge e/o dell'autorizzazione generale n. 7 del Garante.
- 3) Ad esempio, per la liquidazione dei sinistri o il pagamento o l'esecuzione di altre prestazioni; per riassicurazione e coassicurazione; per l'adempimento di altri specifici obblighi contrattuali; per la prevenzione e l'accertamento, di concerto con le altre compagnie del Gruppo, delle frodi assicurative e relative azioni legali; per la costituzione, l'esercizio e la difesa di diritti dell'assicuratore; per l'analisi di nuovi mercati assicurativi; per la gestione ed il controllo interno; per attività statistico-tarifarie.
- 4) Per l'adempimento di specifici obblighi di legge, ad esempio per (i) disposizioni di IVASS, CONSOB, COVIP, Banca d'Italia, AGCM, Garante Privacy, (ii) adempimenti in materia di accertamenti fiscali (ad esempio in forza della Legge n. 95/2015 di (a) ratifica dell'Accordo tra Stati Uniti d'America e Repubblica italiana in materia di recepimento della normativa FATCA – Foreign Account Tax Compliance Act e (b) ratifica degli accordi tra Italia ed altri Stati esteri per l'attuazione di uno scambio automatico di informazioni finanziarie a fini fiscali tra gli stessi tramite lo standard di comunicazione “Common Reporting Standard” o “CRS”), (iii) adempimenti in materia di identificazione, conservazione ed adeguata verifica della clientela e per segnalazione di operazioni sospette ai sensi della normativa in materia di antiriciclaggio e di contrasto al finanziamento del terrorismo (D. Lgs. 231/07), (iv) alimentare un Archivio Centrale Informatizzato, gestito dalla Consap per conto del Ministero dell'Economia e delle Finanze (quale Titolare) per finalità di prevenzione delle frodi mediante furto di identità, (v) alimentare altre banche dati a cui la comunicazione dei dati è obbligatoria, come ad es. il Casellario Centrale Infortuni. L'elenco completo è disponibile presso la nostra sede o presso il Responsabile per la protezione dei dati.
- 5) Gruppo Unipol, con capogruppo Unipol Gruppo S.p.A. Le società facenti parte del Gruppo Unipol cui possono essere comunicati i dati sono ad esempio, Linear S.p.A. e Unisalute S.p.A., ecc. Per ulteriori informazioni, si veda l'elenco delle società del Gruppo disponibile sul sito di Unipol Gruppo S.p.A. www.unipol.it.
- 6) In particolare, i Suoi dati potranno essere comunicati e/o trattati da UnipolSai Assicurazioni S.p.A., da società del Gruppo Unipol (l'elenco completo delle società del Gruppo Unipol è visibile sul sito di Unipol Gruppo S.p.A. www.unipol.it) e da soggetti che fanno parte della c.d. “catena assicurativa”, in Italia ed eventualmente, ove necessario per la prestazione dei servizi richiesti, in Paesi dell'Unione Europea o anche fuori della UE, come: altri assicuratori; coassicuratori e riassicuratori; intermediari di assicurazione e di riassicurazione ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione; banche; SIM; Società di gestione del risparmio; banche depositarie per i Fondi Pensione, medici fiduciari; periti; legali; investigatori privati; società di servizi per il quietanzamento; cliniche o strutture sanitarie convenzionate; nonché ad enti ed organismi, anche propri del settore assicurativo aventi natura pubblica o associativa per l'adempimento di obblighi normativi e di vigilanza (come ad es. CONSAP); altre banche dati a cui la comunicazione dei dati è obbligatoria, come ad es. il Casellario Centrale Infortuni (l'elenco completo è disponibile presso la nostra sede o il Responsabile per la protezione dei dati). L'eventuale trasferimento dei Suoi dati personali a soggetti stabiliti fuori dall'Unione Europea sarà comunque effettuato nel rispetto dei limiti e prescrizioni di cui alla normativa europea, al Regolamento (UE) n. 679/2016 e ai provvedimenti del Garante Privacy.
- 7) Resta inoltre fermo l'eventuale trattamento di tali dati, ove indispensabile per lo svolgimento di investigazione difensive e per la tutela giudiziaria dei diritti in ambito penale rispetto a comportamenti illeciti e fraudolenti.
- 8) Ad esempio, società di servizi informatici e telematici o di archiviazione; società di servizi a cui siano affidati la gestione, la liquidazione ed il pagamento dei sinistri; società di supporto alle attività di gestione ivi comprese le società di servizi postali; società di revisione e di consulenza; società di informazione commerciale per rischi finanziari; società di servizi per il controllo delle frodi; società di recupero crediti.

CERTIFICATO ATTESTANTE LO STATO DI NON AUTOSUFFICIENZA (Modello 1)

RELAZIONE DA COMPILARSI A CURA DEL MEDICO CURANTE DELL'ASSICURATO

Dott. _____

N.B. - Si prega di scrivere molto CHIARO, rispondendo in forma PARTICOLAREGGIATA ed ESAURIENTE a TUTTE le domande.

Cognome e Nome dell'Assicurato: _____

nato/a _____ il _____

residente a _____ in via _____ prov. _____

cap _____ telefono _____ età _____

DOMANDE DELLA SOCIETA'	RISPOSTE DEL MEDICO
1. a. E' il medico curante dell'Assicurato? b. Da quando?	1. a. b.
2. a. A quando risale l'ultima visita all'Assicurato? b. Quale ne era la causa?	2. a. b.
3. E' parente dell'Assicurato? Se sì, di quale grado?	3.
4. L'Assicurato è stato mai affetto da: <ul style="list-style-type: none"> • Alzheimer, morbo di Parkinson e Parkinsonismi, • altre demenze senili, • sclerosi multipla, sclerosi laterale amiotrofica o malattia dei motoneuroni, • ictus con postumi invalidanti, • demenze su base vascolare acute e croniche • diabete complicato da neuropatie e/o angiopatie? Se sì, specificare l'esatta diagnosi e relativa data di insorgenza	4.
5. a. Quali malattie, fattori di rischio, co-patologie e/o infortuni risultano nell'anamnesi patologica remota dell'assicurato? (specificare esatta descrizione della malattia o della lesione, tipo e sede anatomica, causa diretta e relativa data d'insorgenza) Se sì, quando? b. Quali terapie sono state praticate? (Specificare tipo di trattamento, data di inizio e fine) Sono residuati postumi?	5. a. b.

CERTIFICATO ATTESTANTE LO STATO DI NON AUTOSUFFICIENZA (Modello 1)

DOMANDE DELLA SOCIETA'	RISPOSTE DEL MEDICO
<p>6. a. L'Assicurato è mai stato ricoverato e/o sottoposto ad chirurgici? b. Se sì, specificare data, durata, motivi dei ricoveri/trattamenti e relativi esiti.</p>	<p>6. a. b.</p>
<p>7. a. E' a Sua conoscenza che l'Assicurato abbia consultato altri medici? Quali medici? b. Quando e per quali malattie?</p>	<p>7. a. b.</p>
<p>8. Sono residuati sintomi o deficit funzionali per i quali si è resa necessaria l'assistenza da parte di terzi per compiere una o più delle attività della vita quotidiana (ADL)? Se sì, specificare esattamente da quale data</p>	<p>8.</p>
<p>9. a. L'Assicurato ha seguito una terapia farmacologica regolare e continuativa? Se sì, specificare tipo di farmaci, dosaggio, date e durate delle cure ed il motivo b. Ne fa ancora uso?</p>	<p>9. a. b.</p>
<p>10. L'Assicurato hai mai fatto richiesta di pensione di invalidità o inabilità, o percepisce una rendita per incapacità permanente superiore al 20%, o ha diritto, percepisce o ha fatto richiesta per indennità di accompagnamento? In caso affermativo di specificare tipo e da quale data percepisce l'assegno.</p>	<p>10.</p>
<p>11. L'Assicurato è in grado di farsi il bagno e/o la doccia in modo completamente autonomo?</p>	<p>11.</p>
<p>12. L'Assicurato necessita di assistenza per entrare nella e/o uscire dalla vasca da bagno/doccia?</p>	<p>12.</p>
<p>13. L'Assicurato necessita di assistenza per entrare nella e/o uscire dalla vasca da bagno/doccia e durante l'attività stessa del farsi il bagno?</p>	<p>13.</p>

CERTIFICATO ATTESTANTE LO STATO DI NON AUTOSUFFICIENZA (Modello 1)

DOMANDE DELLA SOCIETA'	RISPOSTE DEL MEDICO
14. L'Assicurato è in grado di vestirsi e di svestirsi in modo completamente autonomo?	14.
15. L'Assicurato necessita di assistenza per vestirsi e/o svestirsi per la parte superiore del corpo o per la parte inferiore del corpo?	15.
16. L'Assicurato necessita di assistenza per vestirsi e/o svestirsi sia per la parte superiore del corpo che per la parte inferiore del corpo?	16.
17. L'Assicurato è in grado di svolgere autonomamente e senza assistenza da parte di terzi i seguenti gruppi di attività identificati con (1), (2), e (3): (1) andare al bagno? (2) lavarsi, lavarsi i denti, pettinarsi, asciugarsi, radersi? (3) effettuare atti di igiene personale dopo essere andato in bagno?	17. (1) (2) (3)
18. L'Assicurato necessita di assistenza per almeno 1 e al massimo 2 dei suindicati gruppi di attività (1), (2), e (3)?	18.
19. L'Assicurato necessita di assistenza per tutti i suindicati gruppi di attività (1), (2), e (3)?	19.
20. L'Assicurato è in grado di alzarsi autonomamente dalla sedia e dal letto e di muoversi senza l'assistenza di terzi?	20.
21. L'Assicurato necessita di assistenza per muoversi, eventualmente anche di apparecchi ausiliari tecnici come ad esempio la sedia a rotelle, le stampelle? È però in grado di alzarsi autonomamente dalla sedia e dal letto?	21.

CERTIFICATO ATTESTANTE LO STATO DI NON AUTOSUFFICIENZA (Modello 1)

DOMANDE DELLA SOCIETA'	RISPOSTE DEL MEDICO
22. L'Assicurato necessita di assistenza per alzarsi dalla sedia e dal letto e per muoversi?	22.
23. L'Assicurato è completamente continente?	23.
24. L'Assicurato presenta incontinenza di urina o feci al massimo 1 volta al giorno?	24.
25. L'Assicurato è completamente incontinente? Vengono utilizzati aiuti tecnici? Se sì, quali?	25.
26. L'Assicurato è completamente e autonomamente in grado di consumare bevande e cibi preparati e serviti?	26.
27. L'Assicurato necessita di assistenza per 1 o più delle seguenti attività preparatorie: • Sminuzzare/tagliare il cibo; • Sbucciare la frutta; • Aprire un contenitore/una scatola; • Versare bevande nel bicchiere;	27.
28. L'Assicurato non è in grado di bere autonomamente dal bicchiere e mangiare dal piatto. Fa parte di questa categoria l'alimentazione artificiale.	28.
29. L'Assicurato presenta condizioni generali di salute Buone, Ottime o Scadenti?	29.

CERTIFICATO ATTESTANTE LO STATO DI NON AUTOSUFFICIENZA (Modello 1)

DOMANDE DELLA SOCIETA'	RISPOSTE DEL MEDICO
30. L'Assicurato è in grado di: a. Fare la spesa? b. Guidare l'automobile? c. Fare pulizia? d. Maneggiare denaro? e. Praticare i suoi hobbies? f. Svolgere attività sportiva? g. Seguire correttamente una terapia medica? h. Telefonare?	30. a. b. c. d. e. f. g. h.

Luogo _____, il ____/____/____

IL MEDICO

(timbro e firma)

(domicilio)

**RELAZIONE MEDICA SULLE CAUSE DELLA PERDITA DI AUTOSUFFICIENZA
DA COMPILARSI A CURA DEL MEDICO CURANTE DELL'ASSICURATO (Modello 2)**

Nome e Cognome del medico: _____

Nome e Cognome dell'Assicurato: _____

N.B. - Tale relazione dovrà essere corredata da tutta la documentazione clinica (cartelle cliniche di ricovero in copia conforme, visite specialistiche e accertamenti strumentali che hanno portato alla definizione della/e patologia/e causa della perdita dell'Autosufficienza).

Qualora la perdita di Autosufficienza sia stata causata da infortunio o altra causa accidentale esterna (incidente stradale, incidente sul lavoro, accidenti non sul lavoro, ecc.) dovrà essere prodotta, in aggiunta a quanto sopra richiesto, idonea documentazione comprovante il verificarsi dell'evento (verbali della competente autorità, ritagli di giornale, referti medico legali, ecc.).

È Lei il medico abituale dell'Assicurato? _____

Da quale epoca? _____

È parente dell'Assicurato? Se sì di quale grado? _____

Quando ha cominciato a curare l'Assicurato? Per quali malattie? A quali cure lo ha sottoposto?

Quali altri medici lo hanno visitato e a quali cure lo hanno sottoposto?

**RELAZIONE MEDICA SULLE CAUSE DELLA PERDITA DI AUTOSUFFICIENZA
DA COMPILARSI A CURA DEL MEDICO CURANTE DELL'ASSICURATO (Modello 2)**

Qual è stato l'evento che ha portato alla perdita di autosufficienza? Quando si è verificato?

Qual è stata la sintomatologia all'inizio della malattia e quale il suo decorso?

Quali esami sono stati eseguiti durante il decorso? (indicare le date, le visite specialistiche, gli esiti dei laboratori di ricerca ed i risultati diagnostici ottenuti).

**RELAZIONE MEDICA SULLE CAUSE DELLA PERDITA DI AUTOSUFFICIENZA
DA COMPILARSI A CURA DEL MEDICO CURANTE DELL'ASSICURATO (Modello 2)**

Periodi degli eventuali ricoveri ospedalieri (indicare, inoltre, il nome dell'ospedale o della clinica privata):

Durante questi ricoveri quali esami sono stati eseguiti? Con quale risultato?

Quali diagnosi sono state fatte? Quali patologie sono state riscontrate?

Luogo _____, il ____/____/____

IL MEDICO

(timbro e firma)

(domicilio)

**SCHEMA DELLE ATTIVITÀ ELEMENTARI DEL VIVERE QUOTIDIANO E RELATIVO GRADO DI AUTOSUFFICIENZA IN BASE ALLA DEFINIZIONE DI L.T.C.
CONTENUTA NELLE CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE**

La perdita di Autosufficienza dell'Assicurato avviene quando, in modo presumibilmente permanente, è incapace di svolgere gli "atti elementari della vita quotidiana" sotto indicati e per il cui svolgimento necessita di assistenza da parte di un'altra persona:

- farsi il bagno;
- vestirsi e svestirsi;
- igiene del corpo;
- mobilità;
- continenza;
- bere e mangiare.

Ad ogni attività sono assegnati tre gradi di autonomia della persona a seconda della sua capacità nel compierla ed assegnati, di conseguenza, tre punteggi (0, 5, 10).

Di seguito si trova lo schema delle attività elementari del vivere quotidiano e relativo grado di Autosufficienza in base alla definizione fornita nelle Condizioni di Assicurazione.

Lo stato di Non Autosufficienza sarà riconosciuto se la somma dei punteggi raggiunge almeno 40 punti.

Farsi il bagno		
1° grado	l'Assicurato è in grado di farsi il bagno e/o la doccia in modo completamente autonomo;	punteggio 0
2° grado	l'Assicurato necessita di assistenza per entrare nella e/o uscire dalla vasca da bagno;	punteggio 5
3° grado	l'Assicurato necessita di assistenza per entrare nella e/o uscire dalla vasca da bagno e durante l'attività stessa di farsi il bagno;	punteggio 10

Vestirsi e svestirsi		
1° grado	l'Assicurato è in grado di vestirsi e svestirsi in modo completamente autonomo;	punteggio 0
2° grado	l'Assicurato necessita di assistenza per vestirsi e/o svestirsi o per la parte superiore del corpo o per la parte inferiore del corpo;	punteggio 5
3° grado	l'Assicurato necessita di assistenza per vestirsi e/o svestirsi sia per la parte superiore del corpo sia per la parte inferiore del corpo;	punteggio 10

Igiene del corpo		
1° grado	l'Assicurato è in grado di svolgere autonomamente e senza assistenza da parte di terzi i seguenti gruppi di attività identificati con (1), (2) e (3): (1) andare al bagno; (2) lavarsi, lavarsi i denti, pettinarsi, asciugarsi, radersi; (3) effettuare atti di igiene personale dopo essere andato in bagno;	punteggio 0
2° grado	l'Assicurato necessita di assistenza per almeno uno e al massimo due dei suindicati gruppi di attività (1), (2) e (3);	punteggio 5
3° grado	l'Assicurato necessita di assistenza per tutti i suindicati gruppi di attività (1), (2) e (3);	punteggio 10

**SCHEMA DELLE ATTIVITÀ ELEMENTARI DEL VIVERE QUOTIDIANO E RELATIVO GRADO DI AUTOSUFFICIENZA IN BASE ALLA DEFINIZIONE DI L.T.C.
 CONTENUTA NELLE CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE**

Mobilità		
1° grado	l'Assicurato è in grado di alzarsi autonomamente dalla sedia e dal letto e di muoversi senza assistenza di terzi;	punteggio 0
2° grado	l'Assicurato necessita di assistenza per muoversi, eventualmente anche di apparecchi ausiliari tecnici come ad esempio la sedia a rotelle, le stampelle. È però in grado di alzarsi autonomamente dalla sedia e dal letto;	punteggio 5
3° grado	l'Assicurato necessita di assistenza per alzarsi dalla sedia e dal letto e per muoversi;	punteggio 10

Continenza		
1° grado	l'Assicurato è completamente continente;	punteggio 0
2° grado	l'Assicurato presenta incontinenza di urina o feci al massimo una volta al giorno;	punteggio 5
3° grado	l'Assicurato è completamente incontinente e vengono utilizzati aiuti tecnici come catetere o colostomia;	punteggio 10

Bere e mangiare		
1° grado	l'Assicurato è completamente e autonomamente in grado di consumare bevande e cibi preparati e serviti	punteggio 0
2° grado	l'Assicurato necessita di assistenza per una o più delle seguenti attività preparatorie: <ul style="list-style-type: none"> • sminuzzare/tagliare il cibo; • sbucciare la frutta; • aprire un contenitore/una scatola; • versare bevande nel bicchiere; 	punteggio 5
3° grado	l'Assicurato non è in grado di bere autonomamente dal bicchiere e mangiare dal piatto. Fa parte di questa categoria l'alimentazione artificiale;	punteggio 10