

Convenzione/Polizza

Ramo/Numero 149/5500201	Posizione individuale.	Assicurato
----------------------------	------------------------	------------

Agenzia

Agenzia BARI MEDITERRANEO	Cod. Agenzia 61382	Cod. Subagenzia	Cod. Produttore
------------------------------	-----------------------	-----------------	-----------------

Contraente

Cognome e Nome/Ragione Sociale FONDO SAN.I.GR.INTESA SANPAOLO	Cod. Fiscale/P.IVA 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 Unipol Assicurazioni S.p.A. di dar corso all'operazione di liquidazione della prestazione di rendita per il caso di Non Autosufficienza

DICHIARAZIONI DEL BENEFICIARIO		
☐ Assegno di traenza (intestato al Beneficiario) ☐ Bonifico Bancario (intestato al Beneficiario)		
Codice IBAN 		
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)

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
•	➤ certificato attestante lo stato Non Autosufficienza; ➤ relazione medica sulle cause della perdita di Autosufficienza; entrambi da compilarsi a cura: - 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); La 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).	➤ 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 SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

(di seguito, "Informativa Privacy")

USA_InfC_Vita_01_Ed.: 01.01.2025

Ai sensi degli articoli 13 e 14 del Regolamento (UE) 2016/679 – Regolamento generale sulla protezione dei dati (di seguito, il "Regolamento"), La informiamo che Unipol Assicurazioni S.p.A. (di seguito, anche, "Unipol"), in qualità di titolare, tratterà alcuni dati personali a Lei o a terzi (in via esemplificativa, assicurati o beneficiari delle prestazioni assicurative previste) riferibili, per le finalità di seguito indicate.

Chi tratterà i dati personali?

Titolare del trattamento dei dati personali a Lei riferibili è **Unipol Assicurazioni S.p.A.** (www.unipol.it), con sede in Via Stalingrado 45, Bologna - 40128.

Quali dati personali tratteremo?

Saranno trattate le seguenti categorie di dati personali (di seguito, i "Dati" o i "Suoi Dati"):

- a) dati anagrafici (in via esemplificativa, e non esaustiva, nome, cognome, residenza, data e luogo di nascita, estremi documento di riconoscimento) ed estremi di contatto (numero di telefono e indirizzo di posta elettronica);
- b) dati relativi ai metodi e agli strumenti di pagamento (in via esemplificativa, i riferimenti bancari);
- c) dati appartenenti a categorie particolari (in specie, dati relativi alla salute), qualora siano indispensabili alle finalità indicate (in specie, al fine di richiedere la liquidazione/anticipazione di prestazioni derivanti da polizze Vita e/o forme pensionistiche complementari).

I Suoi potranno essere raccolti anche presso fonti terze¹.

Perché tratteremo i Dati?

I Dati saranno trattati per le finalità e sul presupposto delle basi giuridiche di seguito indicate:

- **(F1) – Attività liquidative e/o collegate alle prestazioni assicurative previste dalla polizza (anche, i "Servizi Assicurativi"):** il trattamento persegue finalità connesse all'attività liquidativa (ad es., per la liquidazione dei sinistri o il pagamento o l'esecuzione di altre prestazioni) e/o collegate alle prestazioni assicurative previste dalla polizza (ad es., fra gli altri, per esigenze di riassicurazione e di coassicurazione);
- **(F2) - Perseguimento di esigenze amministrativo contabili e adempimento degli obblighi normativi:** il trattamento avviene al fine di perseguire esigenze amministrativo-contabili, nonché al fine di adempiere agli obblighi normativi di settore, di volta in volta applicabili, e connessi all'erogazione dei Servizi Assicurativi²;
- **(F3) - Analisi dei dati per finalità statistiche e tariffarie:** il trattamento avviene per lo svolgimento di attività di analisi dei dati, secondo parametri di prodotto, caratteristiche di polizza e informazioni sulla sinistrosità, correlate a valutazioni statistiche e tariffarie. Dalle suddette analisi sono esclusi i dati appartenenti a categorie particolari;
- **(F4) - Tutela dei propri diritti:** il trattamento avviene al fine di agire in tutela dei diritti della Titolare, anche in via difensiva, sia in sede giudiziale, che stragiudiziale;
- **(F5) - Svolgimento di attività di prevenzione e contrasto di frodi:** il trattamento avviene al fine di perseguire finalità inerenti alla prevenzione e al contrasto delle frodi assicurative.

#	Categorie di Dati	Base giuridica	Conferimento dei Dati
F1	a); b); c)	La base giuridica del trattamento consiste nella necessità di dare esecuzione ad un contratto di cui Lei è parte, ovvero, qualora siano coinvolti Dati riferibili a terzi (ad es., beneficiari e/o assicurati, diversi dal contraente di polizza), sulla base di un legittimo interesse di Unipol all'esecuzione dei Servizi Assicurativi. Nel caso in cui la finalità in oggetto necessiti di dati appartenenti a categorie particolari, verrà richiesto esplicito consenso al soggetto interessato. Per il perseguimento di finalità antifrode, la base giuridica consiste nel legittimo interesse di Unipol a prevenire e contrastare tali fenomeni	Il conferimento dei Suoi Dati è necessario al perseguimento della finalità indicata; in caso di mancato conferimento, non saremo in grado di erogare la liquidazione richiesta, ovvero di fornirLe i Servizi Assicurativi.
F2	a); b); c)	La base giuridica del trattamento consiste nella necessità di adempiere agli obblighi normativi di volta in volta applicabili. Il trattamento dei dati appartenenti a categorie particolari avviene sulla base di un Suo esplicito consenso.	Il conferimento dei Suoi Dati è necessario al perseguimento della finalità indicata; in caso di mancato conferimento, non potremo adempiere agli eventuali obblighi normativi di volta in volta applicabili e potremo non essere in grado di erogare la liquidazione e/o i Servizi Assicurativi da Lei richiesti
F3	a)	La base giuridica consiste nel legittimo interesse di Unipol allo svolgimento di analisi statistiche e tariffarie, per il miglioramento dei propri prodotti e servizi.	Il conferimento dei Suoi Dati è necessario al perseguimento della finalità indicata; in caso di mancato conferimento, non saremo in grado di perseguire tale finalità
F4	a); b); c)	La base giuridica del trattamento consiste nel legittimo interesse di Unipol, rappresentato dalla necessità di tutelare i propri diritti	Il conferimento dei Suoi Dati è necessario al perseguimento della finalità indicata; in caso di mancato conferimento, non saremo in grado di perseguire tale finalità
F5	a); b); c)	La base giuridica del trattamento consiste nel legittimo interesse di Unipol, rappresentato dalla necessità di prevenire e contrastare le frodi e esercitare e difendere i diritti connessi	Il conferimento dei Dati è necessario al perseguimento della finalità indicata; in caso di mancato conferimento, non saremo in grado di perseguire tale finalità

Come tratteremo i Suoi Dati?

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 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.

I Suoi Dati saranno trattati tramite logiche e modalità, anche informatiche, strettamente pertinenti alle finalità suindicate, previa adozione delle misure di sicurezza ritenute adeguate ai rischi, e saranno resi accessibili al solo personale autorizzato e istruito, nella sola misura di quanto strettamente necessario allo svolgimento delle attività cui lo stesso risulta preposto.

A chi comunicheremo i Dati?

I Dati potranno essere comunicati a soggetti terzi, in ragione delle sole finalità suesposte. In particolare, i Dati potranno essere comunicati a:

- soggetti esterni cui Unipol affida lo svolgimento di attività per proprio conto (in via esemplificativa, e non esaustiva, fornitori di servizi informatici e telematici, società di recupero crediti, ecc.) e con cui la stessa stipula accordi volti a disciplinare il trattamento dei dati personali;
- altre società del Gruppo Unipol³, qualora necessario al perseguimento delle finalità suindicate;
- alle competenti autorità giudiziaria (di seguito, “**Autorità Giudiziaria**”), ente pubblico (di seguito, “**Pubblica Amministrazione**”), autorità di controllo o di pubblica sicurezza, sia al fine di dar seguito ad esigenze di tutela di un diritto di Unipol, sia qualora questo risulti necessario al fine di adempiere ad una disposizione di legge, di regolamento o di normativa europea, ovvero in base a un ordine e/o un provvedimento delle competenti autorità summenzionate;
- soggetti che fanno parte della c.d. “*catena assicurativa*” (in Italia ed eventualmente, ove necessario per la prestazione dei servizi richiesti, in paesi terzi): fra gli altri, assicuratori, coassicuratori e riassicuratori, intermediari di assicurazione e di riassicurazione (nonché 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, 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), nonché ad altre banche dati a cui la comunicazione dei Dati risulti obbligatoria (ad es. il Casellario Centrale Infortuni);
- limitatamente ai nominativi dei beneficiari, potranno essere comunicati agli eredi del contraente, su loro richiesta motivata e prodromica all’esercizio in sede giudiziaria di loro diritti attuali e concretamente azionabili;
- a soggetti abilitati ad accedere ad alcuni Dati necessari per lo svolgimento di attività ausiliarie al rapporto contrattuale in oggetto (quali, in via esemplificativa, e non esaustiva, banche e istituti di credito, ente posta o altre società fornitrici di servizi simili, istituti di vigilanza, o società che prestano il servizio di assistenza stradale);
- per specifiche esigenze di prevenzione ed accertamento delle frodi, i dati potranno essere comunicati anche a società assicurative, 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.

I Suoi Dati non saranno trasferiti verso paesi situati al di fuori dell’Unione Europea o dello Spazio Economico Europeo; qualora ciò fosse necessario al perseguimento delle finalità suindicate, lo faremo sulla base delle misure di garanzia previste dal Regolamento, quali ad esempio una decisione di adeguatezza della Commissione Europea, ovvero la sottoscrizione di clausole contrattuali standard con l’importatore dei Dati.

Per quanto tempo tratteremo i Dati?

I Suoi Dati saranno trattati per la durata del rapporto contrattuale in essere e successivamente conservati, per ragioni amministrativo-contabili, nonché per l’adempimento degli obblighi normativi di volta in volta applicabili.

In dettaglio:

Finalità	Termine di conservazione
F1	Per la durata del rapporto contrattuale e sino alla sua cessazione
F2	Per venticinque (25) anni dalla data di scadenza del contratto o di cessazione della sua efficacia (ad es., per cessazione del rischio, annullamento del contratto, verificarsi dell’evento assicurato)
F3	Per la durata del rapporto contrattuale e successivamente aggregati e conservati in una forma che non consente più la riconducibilità dei Dati al soggetto interessato
F4	Per i termini prescrizione previsti dalla normativa di settore, nonché per la durata dell’eventuale contenzioso e/o per gli ulteriori termini ritenuti utili alla finalità in oggetto
F5	Per venticinque (25) anni dalla data di scadenza del contratto o di cessazione della sua efficacia (ad es., per cessazione del rischio, annullamento del contratto, verificarsi dell’evento assicurato)

I Suoi diritti

La normativa sulla privacy (articoli da 15 a 22 del Regolamento) Le garantisce il diritto di accedere in ogni momento ai Dati che La riguardano, di ottenere la loro rettifica e/o integrazione, se inesatti o incompleti, la loro cancellazione, se trattati illecitamente, e la portabilità dei dati che Lei ci ha fornito, qualora trattati in modo automatizzato sulla base di un Suo consenso o per le prestazioni contrattuali da Lei richieste, nei limiti di quanto previsto dal Regolamento (articolo 20).

La normativa sulla privacy Le attribuisce, altresì, il diritto di richiedere la limitazione del trattamento dei Dati, se ne ricorrono i presupposti, e di opporsi al trattamento per motivi legati alla Sua situazione particolare.

Il Responsabile per la protezione dei dati è a Sua disposizione per chiarimenti sul trattamento dei Suoi dati e per l’esercizio dei Suoi diritti: può contattarlo all’indirizzo di posta elettronica privacy@unipol.it.

Resta fermo il Suo diritto di rivolgersi all’Autorità Garante per la protezione dei dati personali, anche attraverso la presentazione di un reclamo, ove ritenuto necessario, per la tutela dei Suoi Dati e dei Suoi diritti.

DICHIARAZIONE DI PRESA VISIONE DELL’INFORMATIVA PRIVACY

Dichiaro di aver preso visione dell’informativa Privacy, fornitami da Unipol Assicurazioni S.p.A., quale titolare del trattamento dei miei Dati, e delle finalità ivi indicate.

Mi impegno, inoltre, a consegnare la presente Informativa Privacy agli eventuali terzi interessati (ad es., beneficiari e/o assicurati diversi dal contraente di polizza), di cui Unipol Assicurazioni S.p.A. tratterà i Dati, al fine di dare esecuzione ai Servizi Assicurativi.

DICHIARAZIONE DI CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI APPARTENENTI A CATEGORIE PARTICOLARI (Da utilizzare solo qualora siano raccolte categorie particolari di dati personali, sub c)

- ☐ Letta l’Informativa Privacy che precede, acconsento al trattamento dei miei Dati appartenenti a categorie particolari da parte di Unipol Assicurazioni S.p.A., per le finalità indicate.

Luogo e data

Firma del soggetto interessato

³ Per ulteriori informazioni, si veda l’elenco delle società del Gruppo disponibile sul sito www.unipol.com

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: - 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
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.	6. a. b.
7. a. E' a Sua conoscenza che l'Assicurato abbia consultato altri medici? Quali medici? b. Quando e per quali malattie?	7. a. b.
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	8.
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?	9. a. b.
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.	10.
11. L'Assicurato è in grado di farsi il bagno e/o la doccia in modo completamente autonomo?	11.
12. L'Assicurato necessita di assistenza per entrare nella e/o uscire dalla vasca da bagno/doccia?	12.
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?	13.

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?

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

[illegible][illegible]

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: • 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