

POLIZZA INTEGRATIVA C AD ADESIONE VOLONTARIA Guida all'assicurazione sanitaria

Copertura per stati di
non autosufficienza
per gli Assistiti di Cassa
Mutua Nazionale non
rientranti nella
polizza A e integrativa
alla polizza B

Edizione novembre 2016

QUANDO
C'È **UNISALUTE**
C'È **TUTTO**

Numero Verde

800-822480

dall'estero: prefisso per l'Italia

+ 051.63.89.046

orari:

8.30 – 19.30 dal lunedì al venerdì

www.unisalute.it

In applicazione delle nuove disposizioni del Decreto Legislativo 209/2005 art.185 "Informativa al contraente" si informa che:

- La legislazione applicata al contratto è quella italiana;

- **Reclami:** eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto a:

UniSalute S.p.A. - Funzione Reclami Via Larga, 8 - 40138 Bologna

fax 051- 7096892 e-mail reclami@unisalute.it.

Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dall'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di quarantacinque giorni, potrà rivolgersi all'IVASS, Servizio tutela degli utenti, Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, telefono 06.42.133.1. I reclami indirizzati all'IVASS contengono:

- a) nome, cognome e domicilio del reclamante, con eventuale recapito telefonico;
- b) individuazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato;
- c) breve descrizione del motivo di lamentela;
- d) copia del reclamo presentato alla Società e dell'eventuale riscontro fornito dalla stessa;
- e) ogni documento utile per descrivere più compiutamente le relative circostanze.

Le informazioni utili per la presentazione dei reclami sono riportate anche sul sito internet della Compagnia: www.unisalute.it. In relazione alle controversie inerenti la quantificazione delle prestazioni e l'attribuzione delle responsabilità si ricorda che permane la competenza esclusiva dell'Autorità Giudiziaria, oltre alla facoltà **di ricorrere a sistemi conciliativi ove esistenti**.

**POLIZZA INTEGRATIVA C
AD ADESIONE VOLONTARIA
Guida all'assicurazione sanitaria
Cassa Mutua Nazionale BCC
Copertura integrativa ad adesione per
stati di non autosufficienza
per gli Assistiti non rientranti
nella polizza A e integrativa alla polizza B**

Questo manuale è stato predisposto in modo da costituire un agile strumento esplicativo; in nessun caso può sostituire la convenzione, della quale evidenzia esclusivamente le caratteristiche principali.

La convenzione resta, pertanto, l'unico strumento valido per un completo ed esauriente riferimento.

1. SOMMARIO

2. PERSONE ASSICURATE	5
3. GARANZIA STATO DI NON AUTOSUFFICIENZA	
CONSOLIDATO\PERMANENTE	5
3.1. Oggetto della copertura	5
3.2. Definizione dello stato di non autosufficienza consolidato\permanente e condizioni di assicurabilità	6
3.3. Schema per l'accertamento dell'insorgere di uno stato di non autosufficienza consolidato\permanente	7
3.4. Modalità di riconoscimento del risarcimento, del rimborso o dell'erogazione di servizi di assistenza	9
3.5. Massimale assicurato	14
3.6. Riconoscimento dello stato di non autosufficienza consolidato\permanente da parte di Unisalute	15
3.7. Accertamento del perdurante stato di non autosufficienza consolidato\permanente	18
4. PREMI	18
5. INCLUSIONI ED ESCLUSIONI	19
6. CASI DI NON OPERATIVITÀ DELL'ASSICURAZIONE SANITARIA	19
7. PERIODI DI CARENZA CONTRATTUALI	20

MODULO DI ADESIONE, RICHIESTA RIMBORSO E INFORMATIVA PRIVACY ALLEGATI

2. PERSONE ASSICURATE

L'assicurazione sanitaria integrativa offre la possibilità ai soggetti abilitati all'adesione di conseguire, con onere economico a loro carico, una copertura assicurativa aggiuntiva per stati di non autosufficienza consolidati\permanententi.

L'adesione alla presente assicurazione sanitaria integrativa, su base individuale e volontaria, sarà possibile solo per coloro che siano già in copertura nella polizza B collettiva e che soddisfino i requisiti di assicurabilità previsti al punto "Definizione dello stato di non autosufficienza consolidato\permanente e condizioni di assicurabilità" nonché che ottengano valutazione positiva da parte del medico di Unisalute al questionario sanitario, reperibile sul sito di Unisalute, attraverso l'apposito collegamento dal sito di Cassa Mutua Nazionale, da compilarsi prima della sottoscrizione del contratto assicurativo e che costituisce parte integrante della polizza.

L'assicurazione sanitaria può essere stipulata o rinnovata fino al raggiungimento del **70°** anno di età dell'Assicurato, cessando automaticamente alla prima scadenza annuale di polizza, al compimento del **70°** anno d'età da parte dell'Assicurato.

3. GARANZIA STATO DI NON AUTOSUFFICIENZA CONSOLIDATO\PERMANENTE

3.1. Oggetto della copertura

Quando l'Assicurato si trova in uno **stato di non autosufficienza consolidato/permanente che abbia raggiunto i 40 punti (per la definizione del punteggio si veda il punto "schema per l'accertamento dell'insorgere di uno stato di non autosufficienza consolidato\permanente")**, come indicato al successivo punto "Definizione dello stato di non autosufficienza consolidato\permanente e condizioni di assicurabilità", Unisalute garantisce l'erogazione di servizi di assistenza sanitaria oppure eroga

un massimale a risarcimento del danno subito e a rimborso delle eventuali spese sanitarie sostenute.

La scelta tra le suddette opzioni, alternative tra loro, deve essere effettuata dall'Assicurato al momento della denuncia del sinistro.

3.2. Definizione dello stato di non autosufficienza consolidato\permanente e condizioni di assicurabilità

Viene definita persona “non autosufficiente” quella incapace in modo permanente di svolgere, come sotto precisato, parte delle seguenti “attività elementari della vita quotidiana”:

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

Per ogni attività viene constatato il grado di autonomia dell'Assicurato nel suo compimento ed assegnato un punteggio secondo lo schema di valutazione funzionale di seguito riportato.

L'insorgenza dello stato di non autosufficienza permanente viene riconosciuto quando la somma dei punteggi raggiunge almeno 40 punti (per la definizione del punteggio si veda il punto “Schema per l'accertamento dell'insorgere di uno stato di non autosufficienza consolidato\permanente”).

Per le condizioni di erogazione del risarcimento si veda il successivo punto “Massimale assicurato”.

All'effetto di polizza, ai fini dell'operatività della garanzia, le persone assicurate devono rientrare nelle seguenti condizioni di assicurabilità:

1. Non avere bisogno dell'aiuto di un terzo per compiere quotidianamente uno o più delle attività di vita di seguito indicate:

- lavarsi;
 - vestirsi e svestirsi;
 - andare al bagno e usarlo;
 - spostarsi;
 - continenza;
 - nutrirsi.
2. Non essere in diritto, aver richiesto o essere stato riconosciuto invalido civile nella misura di almeno il 40%.
 3. Non essere affette dalla malattia di Alzheimer, di Parkinson e Parkinsonismi, dalla sclerosi a placche, dalla sclerosi laterale amiotrofica, da tutte le forme di autismo, da demenze su base vascolare acute e croniche o da diabete complicato da neuropatie e/o angiopatie o da ipertensione non controllata (intendendosi per tale quelle forme particolari di ipertensione che, nonostante l'assunzione di farmaci ipertensivi, mantengono valori di pressione particolarmente elevati sui quali non è possibile intervenire clinicamente) o controllabile solo con l'assunzione di almeno 3 farmaci.
 4. Non essere affette da tossicodipendenza da sostanze stupefacenti o farmacologiche, alcolismo, HIV, epatite cronica.

3.3. Schema per l'accertamento dell'insorgere di uno stato di non autosufficienza consolidato\permanente

ATTIVITA' ELEMENTARI DELLA VITA QUOTIDIANA

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

VESTIRSI E SVESTIRSI

PUNTEGGIO

1° grado l'Assicurato è in grado di vestirsi e svestirsi in modo completamente autonomo	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	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	10

IGIENE DEL CORPO

PUNTEGGIO

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

MOBILITÀ

PUNTEGGIO

1° grado l'Assicurato è in grado di alzarsi autonomamente dalla sedia e dal letto e di muoversi senza assistenza di terzi	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. E' in grado di alzarsi autonomamente dalla sedia e dal letto	5
3° grado l'Assicurato necessita di assistenza per alzarsi dalla sedia e dal letto e per muoversi	10

CONTINENZA

PUNTEGGIO

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

BERE E MANGIARE

PUNTEGGIO

1° grado l'Assicurato è completamente e autonomamente in grado di consumare bevande e cibi preparati e serviti	0
2° grado l'Assicurato necessita di assistenza per una o più delle seguenti attività preparatorie: - sminuzzare/tagliare cibo - sbucciare la frutta - aprire un contenitore/una scatola - versare bevande nel bicchiere	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	10

3.4. Modalità di riconoscimento del risarcimento, del rimborso o dell'erogazione di servizi di assistenza

Il riconoscimento dello stato di non autosufficienza consolidato/permanente da parte di Unisalute dà diritto all'Assicurato a richiedere, entro i limiti previsti al punto "Massimale assicurato", l'erogazione delle prestazioni nelle forme di seguito indicate e dettagliate ai successivi punti "Erogazione diretta della prestazione di assistenza e costruzione del Piano Assistenziale Individualizzato (di seguito PAI)" e "Rimborso delle spese sanitarie sostenute e richiesta di risarcimento del danno subito":

- **erogazione diretta delle prestazioni di assistenza**, per mezzo di strutture e/o personale sanitario convenzionato con Unisalute e

costruzione del Piano Assistenziale Individualizzato (di seguito PAI) con cadenza quadrimestrale;

- **risarcimento del danno in via posticipata** con cadenza quadrimestrale (previa presentazione del certificato di esistenza in vita emesso dal medico curante o dall'ufficio anagrafico di residenza), e rimborso delle eventuali spese sostenute per prestazioni relative ad assistenza (su presentazione di copia fotostatica delle fatture/ricevute, da cui risulti il relativo quietanzamento, oppure documentazione idonea a comprovare l'esistenza di un rapporto di lavoro).

L'erogazione della prestazione decorrerà dal momento in cui Unisalute considererà completa la documentazione richiesta per la valutazione della non reversibilità dello stato di non autosufficienza permanente dell'Assicurato.

3.4.1 Erogazione diretta della prestazione di assistenza e costruzione del Piano Assistenziale Individualizzato (di seguito PAI)

La garanzia prevede l'erogazione dei seguenti servizi:

- **un servizio di Consulenza Organizzativa Socio Assistenziale:** il Case Manager effettua un'intervista telefonica all'Assicurato non autosufficiente per raccogliere informazioni sanitarie, sociali, ed economiche ed individuare le competenze assistenziali necessarie sia pubbliche che private. Fornisce anche assistenza nella gestione delle pratiche burocratiche (INPS, giudice tutelare ecc...);
- **Valutazione sanitaria/clinica dell'Assicurato direttamente a domicilio** e raccolta di indicazioni di tipo familiare e socio/economico per la costruzione concertata del P.A.I.: ha lo scopo di valutare la persona dal punto di vista clinico, assistenziale, sociale ed economico per elaborare un piano di assistenza integrato che soddisfi tutte le necessità riscontrate:

- viene fornita una guida generale valida su tutto il territorio nazionale che illustra le prestazioni messe a disposizione dal Servizio Sanitario Nazionale e i diritti a fronte di uno stato di non autosufficienza certificata;
- Viene fornita una guida specifica del territorio di appartenenza del cliente realizzato attraverso un'intervista telefonica per facilitare l'accesso dello stesso alla richiesta e al disbrigo della parte burocratica.
- **Gestione ed organizzazione del PAI:** permetterà l'attivazione delle prestazioni assistenziali/mediche che sono state valutate di concerto e ritenute necessarie e concordate con l'Assicurato/familiari dell'Assicurato rispetto anche alle reali esigenze assistenziali su un arco temporale di 4 mesi in 4 mesi;
- **Erogazione dei servizi assistenziali:** la Centrale Operativa farà da tramite tra l'Assicurato e il fornitore (ad es. Casa di Cura convenzionata con Unisalute) per creare un calendario delle prestazioni attivate e controllerà l'andamento del PAI insieme al Case Manager.

Qualora l'Assicurato richieda l'erogazione diretta delle prestazioni di assistenza avvalendosi quindi di una struttura sanitaria convenzionata con Unisalute, la stessa provvederà a liquidare direttamente alla struttura convenzionata le competenze per le prestazioni sanitarie autorizzate.

La struttura sanitaria non potrà comunque richiedere all'Assicurato né promuovere nei suoi confronti azioni di rivalsa, salvo il caso di crediti relativi a spese per prestazioni non contenute nelle garanzie di polizza, eccedenti il massimale assicurato o non autorizzate da Unisalute.

In caso di ricovero, l'Assicurato dovrà inoltre sottoscrivere:

- al momento dell'ammissione nell'Istituto di cura, la lettera d'impegno;
- all'atto delle dimissioni, i documenti di spesa per attestazione dei servizi ricevuti.

In caso di prestazione extra-ricovero l'Assicurato dovrà firmare i documenti di spesa a titolo di attestazione dei servizi ricevuti.

La documentazione di spesa per prestazioni sanitarie autorizzate da Unisalute effettuate in strutture sanitarie convenzionate viene consegnata direttamente dalla struttura all'Assicurato.

Qualora l'erogazione delle prestazioni in forma di assistenza diretta non raggiunga l'importo quadrimestrale di spettanza dell'Assicurato, nel limite indicato al punto "Massimale Assicurato", l'Assicurato ha diritto di attivare per la parte di importo di cui non ha beneficiato della garanzia alle modalità indicate al successivo punto "Richiesta del risarcimento del danno subito\rimborso spese sanitarie sostenute".

3.4.2 Rimborso delle spese sanitarie sostenute e richiesta di risarcimento del danno subito

3.4.2.1 Rimborso delle spese sanitarie sostenute

Il fascicolo di richiesta di rimborso spese, indirizzato a: Unisalute - Via Larga 8 - 4038 - Bologna - dovrà contenere la documentazione necessaria, ossia:

- la copia della cartella clinica conforme all'originale in caso di ricovero;
- ovvero
- i certificati medici di prescrizione in caso di prestazioni extra-ricovero.

L'Assicurato dovrà inoltre allegare le fatture e/o ricevute relative alle prestazioni di assistenza sanitaria.

Il pagamento di quanto spettante all'Assicurato viene effettuato su presentazione a Unisalute della copia fotostatica della documentazione relativa alle spese sostenute (distinte e ricevute) da cui risulti il relativo quietanzamento.

Unisalute avrà sempre la facoltà di richiedere anche la produzione degli originali della predetta documentazione. Eventuale documentazione di spesa inviata a Unisalute in originale viene conservata dalla Società e inviata all'Assicurato con cadenza mensile. Per i sinistri avvenuti all'estero, i rimborsi verranno effettuati in Italia, in valuta italiana, al cambio medio della settimana in cui è stata sostenuta la spesa, ricavato dalle quotazioni dell'Ufficio Italiano Cambi.

Unisalute, al fine di mantenere aggiornato l'Assicurato in merito allo stato delle Sue richieste di rimborso, provvede all'invio dei seguenti riepiloghi:

- riepilogo mensile delle richieste di rimborso in attesa di documentazione, liquidate e non liquidate nel corso del mese;
- riepilogo annuale di tutta la documentazione di spesa presentata nel corso dell'anno con l'indicazione dell'importo richiesto, dell'importo liquidato e dell'eventuale quota di spesa rimasta a carico dell'Assicurato.

Qualora il rimborso delle spese sanitarie sostenute non raggiunga l'importo quadrimestrale di spettanza dell'Assicurato, nel limite indicato al punto "Massimale assicurato", l'Assicurato ha diritto all'integrazione per la parte di importo di cui non ha beneficiato della garanzia alle modalità indicate al successivo punto "Richiesta del risarcimento del danno subito".

3.4.2.2 Richiesta di risarcimento del danno subito

La richiesta del risarcimento del danno dovrà pervenire a Unisalute mediante presentazione da parte dell'Assicurato del modulo di denuncia del sinistro, con allegata dichiarazione espressa di volersi avvalere della facoltà di usufruire del risarcimento, nel limite del massimale garantito indicato al punto "Massimale assicurato", erogato in tre (3) rate quadrimestrali posticipate, su presentazione del certificato di esistenza in vita rilasciato dal medico curante o dall'ufficio anagrafico di residenza.

3.5. Massimale assicurato

Il massimale annuo complessivo che Unisalute garantisce a risarcimento nel caso in cui l'Assicurato si trovi nelle condizioni indicate al punto "Definizione dello stato di non autosufficienza consolidato\permanente" corrisponde a **€ 6.000,00** (di cui € 1.700,00 previsto dalla polizza B collettiva e € 4.300,00 previsto dalla presente polizza C integrativa) e viene corrisposto al **raggiungimento di un punteggio pari a 40 punti**.

Relativamente al verificarsi dello stato di non autosufficienza consolidata compreso tra 20 e 35 punti (per la ripartizione dei punti ai fini dell'accertamento dello stato di non autosufficienza si veda la tabella "Schema per l'accertamento dell'insorgere di uno stato di non autosufficienza consolidato\permanente"), Unisalute prevede la possibilità di far applicare al fornitore (strutture convenzionate) le tariffe agevolate per le prestazioni assistenziali/mediche necessarie: il pagamento di tutte le prestazioni necessarie rimarrà a carico dell'Assicurato.

La Centrale Operativa farà da tramite tra l'Assicurato ed il fornitore per creare un calendario delle prestazioni attivate e controllerà l'andamento del PAI insieme al Case Manager.

In caso di valutazione con esito di punteggio compreso tra 20 e 35 punti, l'eventuale rivalutazione del punteggio e della sussistenza di uno stato di non autosufficienza consolidato\permanente (per il raggiungimento del punteggio sufficiente a termini di polizza pari a 40 punti ai fini dell'accertamento dello stato di non autosufficienza permanente si rimanda alla tabella "Schema per l'accertamento dell'insorgere di uno stato di non autosufficienza consolidato\permanente"), sarà effettuata non prima di 1 anno, e comunque sempreché l'Assicurato esibisca nuova documentazione a supporto della richiesta di riesame del caso.

Per la ripartizione dei punti ai fini dell'accertamento dello stato di non autosufficienza permanente si veda la tabella "Schema per

l'accertamento dell'insorgere di uno stato di non autosufficienza consolidato\permanente”.

3.6. Riconoscimento dello stato di non autosufficienza consolidato\permanente da parte di Unisalute

Entro 14 giorni da quando si presume siano maturate le condizioni di non autosufficienza ai sensi del punto “Definizione dello stato di non autosufficienza consolidato\permanente”, l'Assicurato, o qualsiasi altra persona del suo ambito familiare, dovrà:

- chiamare il **numero verde Unisalute 800-822480** e recepire le informazioni relative alla documentazione da produrre a Unisalute ai fini della valutazione medica finale;
- produrre il **fascicolo di richiesta di apertura del sinistro, da spedire a: Unisalute S.p.A. - Via Larga 8 - 40138 Bologna - a mezzo raccomandata con ricevuta di ritorno**. Tale fascicolo deve contenere:
 - il modulo di attivazione della garanzia (da scaricare dal sito della Cassa Mutua Nazionale) compilato e firmato;
 - il modulo di informativa al cliente sull'uso dei suoi dati e i suoi diritti (da scaricare dal sito della Cassa Mutua Nazionale) firmato in calce;
 - certificato del Medico curante o del Medico ospedaliero che espone lo stato di non autosufficienza dell'Assicurato e la data della sua sopravvenienza. Dovrà, inoltre, precisare l'origine incidentale o patologica dell'affezione o delle affezioni.

Entro un massimo di 2 mesi dalla data di ricezione del suddetto fascicolo, Unisalute invierà all'Assicurato, o ad un suo rappresentante, un questionario da far compilare al Medico curante o ospedaliero in collaborazione con la persona o le persone che si occupano effettivamente dell'Assicurato. Il medico dovrà, inoltre, fornire un rapporto che contenga i resoconti di ricovero ed il risultato degli esami complementari effettuati. In caso di deterioramento

intellettuale dovranno essere prodotti precisi elementi descrittivi (test MMS di Folstein).

Inoltre, qualora sia stata attivata una richiesta di riconoscimento dell'indennità di accompagnamento – invalidità civile al SSN è utile inviare copia della domanda stessa, della documentazione acclusa e del relativo esito.

Qualora l'Assicurato abbia sostenuto uno o più ricoveri, è necessario inviare a Unisalute tutta la documentazione medica in suo possesso, comprese le copie integrali delle relative cartelle cliniche.

Se l'Assicurato è ricoverato in lunga degenza, in un reparto di cure mediche o in un istituto specializzato, in luogo della cartella clinica, potrà essere presentata una relazione medica dettagliata redatta dai medici ospedalieri che lo hanno in cura. Tale relazione dovrà contenere precise informazioni circa la data d'ingresso, le patologie che hanno reso necessario il ricovero ed eventuali complicanze, le terapie cui viene sottoposto e quant'altro di rilevanza sanitaria, salvo poi presentare alla fine dello stesso, la relativa cartella clinica.

Unisalute, entro un massimo di 6 mesi dal ricevimento del questionario e della documentazione medica esaustiva, si impegna a sottoporre a visita medica all'Assicurato.

Entro un massimo di 9 mesi dal ricevimento del questionario Unisalute si impegna a dare riscontro all'Assicurato in merito all'esito della visita medica:

- **riconoscimento di uno stato di non autosufficienza consolidato\permanente in quanto situazione stabilizzata e punteggio minimo raggiunto:** l'erogazione della somma assicurata decorrerà dal momento in cui Unisalute considererà completa la documentazione richiesta per la valutazione della non reversibilità dello stato di non autosufficienza consolidato\permanente dell'Assicurato.

- **non riconoscimento di uno stato di non autosufficienza consolidato\permanente in quanto situazione stabilizzata, ma punteggio inferiore al minimo riconosciuto in copertura:** in questo caso, qualora il punteggio raggiunto sia compreso tra 20 e 35 punti (per la ripartizione dei punti ai fini dell'accertamento dello stato di non autosufficienza si veda la tabella "Schema per l'accertamento dell'insorgere di uno stato di non autosufficienza consolidato\permanente"), Unisalute prevede la possibilità di far applicare al fornitore (strutture convenzionate) le tariffe agevolate per le prestazioni assistenziali/mediche necessarie. Si precisa che il pagamento di tutte le prestazioni necessarie rimarrà a carico dell'Assicurato.
- **non riconoscimento di uno stato di non autosufficienza consolidato\permanente in quanto situazione NON stabilizzata:** l'Assicurato è rivedibile in un arco di tempo che varierà da soggetto a soggetto (da un minimo di 3 mesi a un massimo di 18 mesi).

Nel caso in cui l'Assicurato non sia uno stato di non autosufficienza consolidato\permanente, Unisalute si rende disponibile a riesaminare il caso solo dopo 3 mesi e prodotti nuovi elementi.

Nel caso in cui l'Assicurato sia in uno stato di non autosufficienza consolidato\permanente ma la situazione non risulti consolidata allora Unisalute, insieme all'esito, comunicherà la rivedibilità specificando dopo quanti mesi, come da valutazione del medico Unisalute.

Nel caso di lungodegenza, non potendo fornire a Unisalute la cartella clinica completa come solitamente richiesto, la Compagnia si impegna a sottoporre a visita medica l'Assicurato e a fornirgli successivo riscontro.

3.7. Accertamento del perdurante stato di non autosufficienza consolidato\permanente

Unisalute si riserva la facoltà di procedere in ogni momento, eventualmente alla presenza del Medico curante dell'Assicurato, a controlli presso l'Assicurato e in particolare di farlo esaminare da un Medico di sua scelta. Potrà inoltre richiedere l'invio di ogni documento che ritenga necessario per valutare lo stato di salute dell'Assicurato.

In caso di rifiuto da parte dell'Assicurato di sottoporsi ad un controllo o d'inviare i documenti richiesti, il pagamento del massimale assicurato potrà essere sospeso dalla data della richiesta di Unisalute.

4. PREMI

ETÀ DELL'ASSICURATO	PREMIO ANNUO €
fino a 25 anni	30,00
da 26 a 30 anni	30,00
da 31 a 35 anni	31,00
da 36 a 40 anni	33,00
da 41 a 45 anni	37,00
da 46 a 50 anni	45,00
da 51 a 55 anni	60,00
da 56 a 60 anni	88,00
da 61 a 65 anni	140,00
da 66 a 70 anni	300,00

Il premio annuo viene determinato in base all'età raggiunta alla data di decorrenza dell'assicurazione sanitaria o di rinnovo del contratto in base alla tabella.

La validità delle tariffe indicate nella tabella cessa al cessare della copertura collettiva e i contratti individuali non potranno più essere rinnovati in alcun modo allo scadere del triennio contrattuale.

L'adesione volontaria alla presente polizza C integrativa potrà essere effettuata durante il periodo di finestra di adesione (dall'01/02/2017 al 31/03/2017) e sarà operante per l'intera durata contrattuale (fino

al 31/12/2019). Ad ogni rinnovo annuale si prevede la riapertura dei termini per le nuove richieste di adesione (dall'01/01 al 28/02) o per il versamento del premio annuo per gli Assicurati che intendono rinnovare la copertura. Qualora un Assicurato non volesse rinnovarla, avrà facoltà di disdire la copertura, in tal caso non potrà riaderire successivamente.

5. INCLUSIONI ED ESCLUSIONI

Trattandosi di polizze ad adesione individuale non si prevede la possibilità di attivazione della copertura per eventuali familiari in corso d'anno e che non abbiano aderito alla stessa entro i termini temporali di finestra di adesione concordati, salvo i casi previsti al punto "Inclusioni/esclusioni" della polizza B collettiva. Per questi casi le variazioni devono essere comunicate a Cassa Mutua Nazionale entro 60 giorni dalla data della variazione stessa. In caso la comunicazione avvenga successivamente, non sarà possibile l'inserimento in corso d'anno ma solo alla successiva riapertura della finestra di adesione.

6. CASI DI NON OPERATIVITÀ DELL'ASSICURAZIONE SANITARIA

Sono escluse dalla garanzia le conseguenze:

- 1) di malattie mentali, disturbi psichici e del comportamento in genere, compresi i comportamenti nevrotici, psicosi, depressioni e loro conseguenze;
- 2) di disturbi del neurosviluppo quali, a titolo puramente esemplificativo, i disturbi dello spettro autistico;
- 3) di tentato suicidio, autolesionismo ed azioni delittuose commesse dall'assicurato con dolo o colpa grave;
- 4) di malattie / infortuni correlate all'abuso di alcool, nonché quelli conseguenti all'uso non terapeutico di stupefacenti, allucinogeni, sostanze psicotrope e simili;
- 5) di partecipazione attiva dell'Assicurato ad atti criminali;

- 6) del rifiuto di seguire le prescrizioni mediche: con ciò si intende che l'Assicurato di sua volontà non ha consultato i medici o non ha seguito le indicazioni degli stessi al fine di migliorare il proprio stato di salute;
- 7) di guerra civile o straniera, di tumulti, di rissa, di atti di terrorismo nei quali l'Assicurato ha avuto parte attiva, con la precisazione che i casi di legittima difesa e di assistenza a persona in pericolo sono garantiti;
- 8) dirette o indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche e di esposizione a radiazioni ionizzanti;
- 9) di infortuni derivanti dalla pratica di sport estremi e pericolosi, quali ad esempio gli sport aerei, motoristici, automobilistici, il free-climbing, il rafting, l'alpinismo estremo, nonché dalla partecipazione a gare e prove di allenamento, siano esse ufficiali o meno;
- 10) di prestazioni mediche aventi finalità estetiche (salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da infortuni o da interventi demolitivi avvenuti durante l'operatività del contratto);
- 11) di infortuni causati da azioni dolose compiute dall'Assicurato;
- 12) delle prestazioni non riconosciute dalla medicina ufficiale;
- 13) di movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche ed eventi atmosferici.

Se lo stato di non autosufficienza consolidato\permanente è determinato da una di tali cause escluse dalla garanzia, Unisalute non corrisponderà il massimale integrativo (€ 4.300,00), indicato al punto "Massimale assicurato".

7. PERIODI DI CARENZA CONTRATTUALI

La garanzia decorre:

- dalle ore 00.00 del giorno di effetto indicato nella polizza per ogni stato di non autosufficienza conseguente a infortunio;

- dalle ore 00.00 del 365° giorno successivo a quello di effetto indicato nella polizza per uno stato di non autosufficienza conseguente a malattia ad eccezione di quanto indicato nel punto successivo;
- dalle ore 00.00 dell'ultimo giorno del terzo anno successivo a quello di effetto indicato nella polizza per ogni stato di non autosufficienza conseguente a demenza senile invalidante, alla malattia di Alzheimer, al morbo di Parkinson o alla sclerosi a placche.

In caso di riconoscimento dello stato di non autosufficienza, dovuto a qualsiasi causa, la liquidazione del sinistro avverrà nei tempi e in base alle modalità di cui al punto “Modalità di riconoscimento del risarcimento, del rimborso o dell'erogazione di servizi di assistenza”.

