

**Polizza sanitaria A  
Cassa Mutua Nazionale BCC**

**Copertura Collettiva per stati di non  
autosufficienza  
per il personale delle  
Banche di Credito Cooperativo  
Iscritto a Cassa Mutua Nazionale**

**Redazione di settembre 2016**

**UniSalute S.p.A.**

Sede e Direzione Generale: via Larga, 8 - 40138 Bologna (Italia) - unisalute@pec.unipol.it - tel. +39 051 6386111 - fax +39 051 320961  
Capitale Sociale i.v. Euro 17,500.000,00 - Registro delle Imprese di Bologna, C.F. e P.IVA 03843680376 - R.E.A. 319365  
Società soggetta all'attività di direzione e coordinamento di Unipol Gruppo Finanziario S.p.A.,  
iscritta all'Albo Imprese di Assicurazione e riassicurazione Sez. I al n. 1.00084 e facente parte  
del Gruppo Assicurativo Unipol iscritto all'Albo dei gruppi assicurativi al n. 046

[www.unisalute.it](http://www.unisalute.it)

## GLOSSARIO

**Assicurato**

Il soggetto nel cui interesse viene stipulata l'assicurazione.

**Assicurazione**

Il contratto di assicurazione sottoscritto dal Contraente.

**Contraente**

Il soggetto che stipula la polizza.

**Importo mensile**

Somma di danaro garantita mensilmente dalla Società in caso di riconoscimento di stato di non autosufficienza, ed a copertura dei costi sostenuti dall'Assicurato per personale dedicato

**Infortunio**

L'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che provochi lesioni corporali obiettivamente constatabili.

**Istituto di Cura**

Ospedale, clinica o istituto universitario, casa di cura, casa di convalescenza e di soggiorno regolarmente autorizzato dalle competenti Autorità, in base ai requisiti di legge, all'erogazione dell'assistenza ospedaliera, anche in regime di degenza diurna, con esclusione degli stabilimenti termali e delle cliniche aventi finalità dietologiche ed estetiche.

**Malattia**

Qualunque alterazione dello stato di salute che non sia malformazione o difetto fisico anche non dipendente da infortunio

**Polizza**

Il documento che prova l'assicurazione.

**Premio**

La somma dovuta dal Contraente alla Società.

**Questionario di riconoscimento di uno stato di non autosufficienza**

Documento contenente le informazioni sullo stato di non autosufficienza dell'Assicurato, compilato e sottoscritto dal medico curante e dall'Assicurato stesso o dal suo tutore legale o dall'amministratore di sostegno o dal familiare preposto alla cura dell'Assicurato.

**Ricovero di lunga degenza**

La degenza in Istituto di cura specializzata in caso di ricovero di lungo periodo

**Sinistro**

Il verificarsi dell'evento per il quale è prestata l'assicurazione.

**Società**

Unisalute S.p.A. Compagnia di Assicurazioni.

**Stato di non autosufficienza “consolidato/permanente”**

Situazione irreversibile e permanente, relativa alla salute dell'Assicurato, di norma suscettibile solo di ulteriore aggravamento.

**LTC- Long Term Care**

Stato di non autosufficienza “consolidato/permanente”

**Struttura sanitaria convenzionata**

Istituto di cura, poliambulatorio, centro specialistico con cui Unisalute ha definito un accordo per il pagamento diretto delle prestazioni.

**Definizione Infermiere Case Manager (ICM):**

il Case Manager e' un infermiere responsabile dell'accertamento dei problemi dei pazienti e delle loro famiglie, identifica i problemi esistenti o potenziali, valutando le condizioni fisiche, psicosociali ed emotive della persona e sviluppa poi un PAI che risponde alle necessità identificate.

**Definizione di Piano assistenziale Individualizzato (PAI):**

è lo strumento operativo di eccellenza per l'area infermieristica; ha lo scopo di valutare la persona dal punto di vista clinico, assistenziale, sociale ed economico per elaborare un piano di assistenza che soddisfi tutte le necessità riscontrate. Il PAI permetterà l'attivazione delle prestazioni assistenziali/mediche che sono state valutate

## Premessa

La presente polizza è in continuità assicurativa alla polizza **40012178** emessa dalla Compagnia Unisalute

A carico delle condizioni previste dalle polizze 10004280, 40010480 e 40012178 si gestiranno le seguenti casistiche:

1. tutti gli stati di non autosufficienza permanente già oggetto di liquidazione al 31/12/10 rimarranno in carico alla polizza 10004280;
2. tutti gli stati di non autosufficienza permanente già oggetto di liquidazione dall'01/1/2011 al 31/12/13 rimarranno in carico alla polizza 40010480;
3. tutti gli stati di non autosufficienza permanente già oggetto di liquidazione dall'01/1/2014 al 31/12/16 rimarranno in carico alla polizza 40012178;
4. tutti gli stati di non autosufficienza conseguenti ad infortuni e malattia accaduti entro il 31/12/16 e denunciati alla Compagnia entro e non oltre il 01/03/2017 verranno gestiti sulla polizza 40012178;

Le garanzie di cui alla presente **polizza 40014063** sono da intendersi operative relativamente a tutti gli stati di LTC permanente occorsi dalle ore 00 dell' 01/01/2017 fino alla scadenza contrattuale e anche in relazione agli stati di non autosufficienza in essere al 31/12/2016, ma denunciati oltre il 01/03/2017.

## CONDIZIONI DI POLIZZA

### 1.) Oggetto della copertura

Quando l'Assicurato si trova in uno stato **di non autosufficienza consolidata/permanente**, come indicato al successivo punto 5 "Definizione dello stato di non autosufficienza", la Società 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.

### 2.) Persone assicurate

La presente copertura riguarda tutti i prestatori di lavoro alle dipendenze delle Aziende destinatarie del CCNL Federcasse per dirigenti, quadri direttivi ed aree professionali ed iscritti nei registri anagrafici della Cassa Mutua Nazionale per il personale delle BCC e i pensionati dal 01/01/2008 iscritti a Cassa Mutua Nazionale e che abbiano attivato specifica opzione presso la Cassa stessa. Manterranno il beneficio della copertura anche coloro che cessano il rapporto di lavoro per collocamento in pensione anche accedendo al Fondo di Sostegno al Reddito di cui al DM 157/2000.

Sono da intendersi assicurabili coloro i quali alla data di effetto della presente copertura non sono già in uno "stato di non autosufficienza" come indicato al successivo articolo 5 "Definizione dello stato di non autosufficienza".

### 3.) Effetto dell'assicurazione

OMISSIS

### 4.) Durata dell'assicurazione / Tacita proroga dell'assicurazione

OMISSIS

### 5.) Definizione dello stato di non autosufficienza

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 “Schema per l'accertamento dell'insorgere di non autosufficienza” al punto 6).

Per le condizioni di erogazione del risarcimento si veda il successivo articolo 8 “Massimale assicurato”.

### 6.) Schema per l'accertamento dell'insorgere di non autosufficienza

#### ATTIVITA' ELEMENTARI DELLA VITA QUOTIDIANA

FARSI IL BAGNO	PUNTEGGIO
<b>1° grado</b> l'Assicurato è in grado di farsi il bagno e/o la doccia in modo completamente autonomo	<b>0</b>
<b>2° grado</b> L'Assicurato necessita di assistenza per entrare nella e/o uscire dalla vasca da bagno	<b>5</b>
<b>3° grado</b> l'Assicurato necessita di assistenza per entrare nella e/o uscire dalla vasca da bagno e durante l'attività stessa del farsi il bagno	<b>10</b>
VESTIRSI E SVESTIRSI	PUNTEGGIO
<b>1° grado</b> l'Assicurato è in grado di vestirsi e svestirsi in modo completamente autonomo	<b>0</b>
<b>2° grado</b> l'Assicurato necessita di assistenza per vestirsi e/o svestirsi o per la parte superiore del corpo o per la parte inferiore del corpo	<b>5</b>
<b>3° grado</b> l'Assicurato necessita di assistenza per vestirsi e/o svestirsi sia per la parte superiore del corpo sia per la parte inferiore del corpo	<b>10</b>

IGIENE DEL CORPO	PUNTEGGIO
<p><b>1° grado</b> 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):</p> <p>(1) andare in bagno            (2) lavarsi, lavarsi i denti, pettinarsi, asciugarsi, radersi            (3) effettuare atti di igiene personale dopo essere andato in bagno</p>	<b>0</b>
<p><b>2° grado</b> l'Assicurato necessita di assistenza per almeno uno e al massimo due dei suindicati gruppi di attività (1), (2) e (3)</p>	<b>5</b>
<p><b>3° grado</b> l'Assicurato necessita di assistenza per tutti i sopra indicati gruppi di attività (1), (2) e (3)</p>	<b>10</b>
MOBILITÀ	PUNTEGGIO
<p><b>1° grado</b> l'Assicurato è in grado di alzarsi autonomamente dalla sedia e dal letto e di muoversi senza assistenza di terzi</p>	<b>0</b>
<p><b>2° grado</b> 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</p>	<b>5</b>
<p><b>3° grado</b> l'Assicurato necessita di assistenza per alzarsi dalla sedia e dal letto e per muoversi</p>	<b>10</b>
CONTINENZA	PUNTEGGIO
<p><b>1° grado</b> l'Assicurato è completamente continente</p>	<b>0</b>
<p><b>2° grado</b> l'Assicurato presenta incontinenza di urina o feci al massimo una volta al giorno</p>	<b>5</b>
<p><b>3° grado</b> l'Assicurato è completamente incontinente e vengono utilizzati aiuti tecnici come catetere o colostomia</p>	<b>10</b>
BERE E MANGIARE	PUNTEGGIO
<p><b>1° grado</b> l'Assicurato è completamente e autonomamente in grado di consumare bevande e cibi preparati e serviti</p>	<b>0</b>
<p><b>2° grado</b> l'Assicurato necessita di assistenza per una o più delle seguenti attività preparatorie:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• sminuzzare/tagliare cibo</li> <li>• sbucciare la frutta</li> <li>• aprire un contenitore/una scatola</li> <li>• versare bevande nel bicchiere</li> </ul>	<b>5</b>
<p><b>3° grado</b> l'Assicurato non è in grado di bere autonomamente dal bicchiere e mangiare dal piatto. Fa parte di questa categoria l'alimentazione artificiale</p>	<b>10</b>

## **7.) Modalità di riconoscimento del risarcimento/ del rimborso / dell'erogazione di servizi di assistenza**

Il riconoscimento dello **Stato di non autosufficienza consolidata/permanente** da parte della Società dà diritto all'Assicurato a richiedere - entro i limiti previsti al punto 8 "Massimale assicurato" – l'erogazione delle prestazioni nelle forme di seguito indicate e dettagliate ai successivi punti 7.1, 7.2.

- 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 P.A.I.) 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 la Società considererà completa la documentazione richiesta per la valutazione della non reversibilità dello Stato di non autosufficienza permanente dell'Assicurato.

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

Si prevede la presa in carico totale dell'assicurato e l'erogazione dei seguenti servizi:

- **un servizio di Consulenza Organizzativa Socio Assistenziale:** il Case Manager effettua un'intervista telefonica al cliente 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'assistito 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 P.A.I.:** 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 la Società) per creare un calendario delle prestazioni attivate e controllerà l'andamento del P.A.I. insieme al Case Manager.

Qualora l'Assicurato richieda l'erogazione diretta delle prestazioni di assistenza avvalendosi quindi di una struttura sanitaria convenzionata con la Società, 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 dalla Società.

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 dalla Società 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 8 "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 7.2.2 "Richiesta del risarcimento".

## 7.2 Richiesta di risarcimento del danno subito/rimborso spese sanitarie sostenute

### 7.2.1 Rimborso 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.

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 alla Società della copia fotostatica della documentazione relativa alle spese sostenute (distinte e ricevute) da cui risulti il relativo quietanzamento.

La Società avrà sempre la facoltà di richiedere anche la produzione degli originali della predetta documentazione.

Eventuale documentazione di spesa inviata alla Società 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.

La Società, al fine di mantenere aggiornato l'Assicurato in merito alla 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 8 "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 7.2.2 "Richiesta del risarcimento".

### 7.2.2 Richiesta del risarcimento del danno subito

La richiesta del risarcimento del danno dovrà pervenire alla Società 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 all'art. 8 "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.

### 8.) Massimale assicurato

Il **massimale annuo** che la Società garantisce a risarcimento nel caso in cui l'Assicurato si trovi nelle condizioni indicate all'articolo 5 "Definizione dello stato di non autosufficienza" corrisponde a **€ 20.000,00** 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 non autosufficienza**" all'art. 6), la Società 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 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 non autosufficienza**" all'art. 6), sarà effettuata non prima di 1 anno, e comunque sempreché l'assicurato esibisca nuova documentazione a supporto della richiesta di riesame del caso.

Si segnala la disponibilità della Compagnia a valutare i singoli casi specifici insieme alla Cassa Mutua Nazionale per le BCC in caso di situazioni *borderline*.

### 9.) Riconoscimento dello stato di non autosufficienza da parte della Società

**Entro 14 giorni** da quando si presume siano maturate le condizioni di non autosufficienza ai sensi dell'art. 5 "Definizione dello stato di non autosufficienza", l'Assicurato, o qualsiasi altra persona del suo ambito familiare, dovrà:

- a) chiamare il **numero verde Unisalute 800-822480** e recepire le informazioni relative alla documentazione da produrre alla Società ai fini della valutazione medica finale;
- b) 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 2 mesi** dalla data di ricezione del suddetto fascicolo, la Società 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 alla Società 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.

La Società, **entro 6 mesi dal ricevimento del questionario** e della documentazione medica esaustiva si impegna a sottoporre a visita medica l'Assicurato.

**Entro 9 mesi** dal ricevimento del questionario la Società si impegna a dare riscontro all'assicurato in merito all'esito della visita medica:

- 1. riconoscimento di LTC permanente in quanto situazione stabilizzata e punteggio minimo raggiunto:**  
l'erogazione della somma assicurata decorrerà dal momento in cui la Società considererà completa la documentazione richiesta per la valutazione della non reversibilità dello Stato di non autosufficienza permanente dell'Assicurato.
- 2. non riconoscimento di LTC 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 non autosufficienza" all'art. 6), la Società 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.**
- 3. non riconoscimento di LTC 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 in LTC**, la Società si rende disponibile a riesaminare il caso solo dopo 3 mesi e prodotti nuovi elementi.

**Nel caso in cui l'assicurato sia in LTC ma la situazione non risulti consolidata allora la Società**, 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.

## **10.) Accertamento del perdurante stato di non autosufficienza**

**La Società 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 della Società.

## **11.) Inclusioni ed Esclusioni**

**Le movimentazioni all'interno della presente polizza verranno comunicate con cadenza trimestrale e sono regolate dai punti di seguito indicati:**

### **1) Nuove assunzioni**

Le inclusioni di dipendenti BCC iscritti a Cassa Mutua Nazionale in data successiva a quella di effetto della polizza sono possibili solo nel caso di nuove assunzioni. La garanzia per il dipendente/iscritto a Cassa Mutua Nazionale decorre dal giorno dell'assunzione, se si tratta di inserimento in copertura in corso d'anno e nel caso di inserimenti con effetto retroattivo al giorno di assunzione nell'annualità precedente, sempreché l'inclusione in copertura venga comunicata alla Società entro i termini previsti per effettuare il conguaglio di fine esercizio.

In caso contrario, la garanzia non decorre dal giorno di assunzione, ma dal primo giorno dell'annualità assicurativa successiva.

### **2) Trasferimento di dipendenti tra Aziende appartenenti ad uno stesso Gruppo**

Nel caso di trasferimento di un dipendente/iscritto a Cassa Mutua Nazionale presso un'azienda appartenente allo stesso gruppo BCC per la quale valgono le stesse condizioni assicurative, il dipendente resta in copertura nella presente polizza.

### **3) Cessazione del rapporto di lavoro**

Nel caso di cessazione del rapporto di lavoro per licenziamento ecc., l'ex-dipendente esce dalla garanzia alla data della cessazione.

Manterranno invece il beneficio della copertura coloro che cessano il rapporto di lavoro per collocamento in pensione e abbiano mantenuto l'iscrizione a Cassa Mutua Nazionale con attivazione della specifica opzione.

## **Condizioni generali**

## **12.) Rischi esclusi**

Sono escluse dalla garanzia le conseguenze:

- a) di fatti volontari o intenzionali dell'Assicurato, tentativo di suicidio, mutilazione, uso di stupefacenti non ordinati dal medico, uso di sostanze psicotrope ed uso di sostanze alcoliche;
- b) di alcolismo acuto o cronico;
- c) 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;
- d) dirette o indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche e di esposizione a radiazioni ionizzanti;
- e) di infortuni derivanti dalla pratica di sport estremi e pericolosi, quali gli sport aerei, motoristici, automobilistici, il free-climbing, il rafting, l'alpinismo estremo, le immersioni subacquee, nonché dalla partecipazione a gare e prove di allenamento dei suddetti sport, siano esse ufficiali o meno.

Se lo stato di non autosufficienza è determinato da una di tali cause escluse dalla garanzia, la Società non corrisponde il massimale garantito indicato al punto 8.

### **13.) Altre assicurazioni**

Gli Assicurati sono esonerati dal dichiarare alla Società l'eventuale esistenza di altre polizze da loro stipulate per il medesimo rischio, fermo l'obbligo di darne avviso in caso di sinistro.

### **14.) Estensione territoriale**

La copertura assicurativa vale in tutto il mondo.