

## **Norme Generali che regolano l'adesione al piano mutualistico LONG TERM CARE (PERDITA DELLA AUTOSUFFICIENZA) - GENZIANA**

### **PREMESSA**

Il presente contratto di adesione al piano mutualistico LONG TERM CARE (PERDITA DELLA AUTOSUFFICIENZA) erogato dalla Società di Mutuo Soccorso DIRITTO E SALUTE individua le prestazioni previste in favore del Socio in caso di perdita della autosufficienza.

L'adesione al piano mutualistico LONG TERM CARE (PERDITA DELLA AUTOSUFFICIENZA) avviene in base alla precedente iscrizione alla Società di Mutuo Soccorso DIRITTO E SALUTE

I dati riportati nel presente contratto rappresentano i punti salienti delle forme di assistenza e costituiscono elemento vincolante, al fine della garanzia, eventualmente integrata dal testo di Convenzione separatamente sottoscritto da seguire per utilizzare al meglio il piano mutualistico sottoscritto.

La Società di Mutuo Soccorso DIRITTO E SALUTE eroga la presente prestazione in caso di perdita della autosufficienza sulla base di una convenzione stipulata con la Impresa di assicurazione POSTE VITA SPA, di seguito definita "Compagnia assicuratrice sottostante (POSTE VITA SPA)"

Per ulteriori informazioni ed eventuali chiarimenti, i Soci possono rivolgersi direttamente ai seguenti recapiti di Società di Mutuo Soccorso DIRITTO E SALUTE

**Mail:** [adesioni@mutuades.it](mailto:adesioni@mutuades.it)

**Telefono:** +39 011-0620637

### **CONTRATTO DI ADESIONE AL PIANO MUTUALISTICO LONG TERM CARE (PERDITA DELLA AUTOSUFFICIENZA) - GENZIANA**

#### **Art. 1 – Norme di carattere generale**

##### **Art. 1.1 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio**

Le dichiarazioni false, inesatte o reticenti del Contraente o di chiunque sia beneficiario del Piano mutualistico relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio e sulla situazione legata alla attivazione dei piani possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo/rimborso nonché l'annullamento del piano mutualistico e relativa esclusione da Socio della Mutua per comportamento scorretto verso la mutua stessa e gli altri Soci.

##### **Art. 1.2 - Conclusione del contratto - Decorrenza del Piano mutualistico – Versamento del contributo mutualistico e quote associative**

La domanda di adesione si ritiene conclusa nel momento in cui sia debitamente sottoscritta dal Socio Contraente e sia stata valutata positivamente con apposita delibera del Consiglio di Amministrazione (CdA) della Società di Mutuo Soccorso DIRITTO E SALUTE. La copertura sottoscritta ha effetto dalle 24:00 del giorno di delibera del CdA, se il Contributo o la prima rata di esso sono stati pagati, altrimenti ha effetto dalle 24:00 del giorno del versamento dei contributi. Il Contributo è sempre determinato per periodi di un anno (12 mesi) ed è interamente dovuto dal Contraente, anche qualora ne sia stato convenuto il frazionamento mensile, trimestrale o semestrale.

Il versamento del Contributo e delle quote associative può essere effettuato solo nelle seguenti modalità:

- a) addebito automatico sul conto corrente bancario o postale del Contraente o di uno dei familiari beneficiari;
- b) assegno circolare o bancario intestato a Società di Mutuo Soccorso DIRITTO E SALUTE;
- c) Bonifico bancario o postale sui rispettivi conti correnti indicati sulla domanda di adesione ed intestato a Società di Mutuo Soccorso DIRITTO E SALUTE.

Nel caso sia stato scelto di versare il contributo tramite assegno, questo viene accettato con riserva di verifica e salvo buon fine del versamento del titolo. L'assegno, sia esso circolare o bancario, deve essere intestato a Società di Mutuo Soccorso DIRITTO E SALUTE e munito della clausola di non trasferibilità. In caso di mancato versamento del Contributo o delle rate successive del Contributo, secondo le modalità sopra indicate e previste dal Regolamento Operativo, la copertura oggetto del presente Regolamento sarà automaticamente sospesa dalle 24:00 del 30° giorno successivo alla scadenza dell'ultima rata non versata. Il versamento del Contributo o delle rate del Contributo non corrisposte potrà avvenire prima che si sia verificata la risoluzione di diritto dell'Adesione alla Società di Mutuo Soccorso DIRITTO E

SALUTE ovvero entro il 180° giorno dal primo insoluto, restando inteso che durante il periodo di morosità le richieste di prestazioni o di rimborso non saranno liquidabili; la riattivazione del piano mutualistico avrà efficacia dalle ore 24:00 del giorno di delibera prestabilito e del relativo versamento (di tutte le rate di Contributo non corrisposte) e, in tal caso, rimarranno ferme le successive scadenze del versamento dei contributi.

**Art. 1.3 - Adeguamento del Contributo**

Il Contributo annuale previsto per ciascun Socio potrà essere adeguato nel tempo. Tale adeguamento sarà applicato previa comunicazione all'assistito entro 90 giorni antecedenti la scadenza annuale della Copertura al fine di mantenere un equilibrio tra i partecipanti alla Mutua nonché la tenuta finanziaria ed economica di quest'ultima.

**Art. 1.4 - Durata e proroga dell'adesione alla Società di Mutuo Soccorso DIRITTO E SALUTE al piano mutualistico LONG TERM CARE (PERDITA DELLA AUTOSUFFICIENZA) - GENZIANA**

Fermo restando che l'adesione alla Società di Mutuo Soccorso DIRITTO E SALUTE ha finalità di operare per la vita intera del Socio, le prestazioni comprese nel piano mutualistico LONG TERM CARE (PERDITA DELLA AUTOSUFFICIENZA) possono essere attivate esclusivamente da persone che abbiano già compiuto il 18° (diciottesimo) anno di età ed operano al momento nei limiti di età di anni 70 (settanta), al fine di garantire la tenuta e la stabilità della Mutua.

In assenza di recesso inviato dal Socio e/o dalla Mutua l'adesione al piano sanitario LONG TERM CARE (PERDITA DELLA AUTOSUFFICIENZA) si rinnova tacitamente e la copertura è prorogata per la durata di un anno e così successivamente. Eventuale recesso da parte del Socio Beneficiario e/o dalla Mutua dovrà essere inviato almeno 60 giorni prima della scadenza annuale. L'eventuale recesso da parte del Socio dovrà essere inviato a: Società di Mutuo Soccorso DIRITTO E SALUTE tramite raccomandata con ricevuta di ritorno all'indirizzo Via A. Volta 31/A 10040 Druento (TO) oppure alla pec [mutuades@pec.net](mailto:mutuades@pec.net)

Resta fermo il diritto della Società di Mutuo Soccorso DIRITTO E SALUTE di recedere in caso di morosità superiore a sei mesi o comportamenti scorretti e/o manifestamente in conflitto con la Società.

**Art. 1.5 - Modifiche del Regolamento dei Piani Mutualistici**

Le eventuali modifiche ai vari piani mutualistici devono essere provate per iscritto.

**Art. 1.6 – Forme per l'adesione al piano mutualistico LONG TERM CARE (PERDITA DELLA AUTOSUFFICIENZA) - GENZIANA**

L'adesione viene attivata individualmente dal singolo Socio.

**Art. 1.7 - Foro competente**

Ogni controversia relativa al presente regolamento è soggetta alla giurisdizione italiana ed alla competenza esclusiva del Tribunale di Milano.

**Art. 2 – Prestazioni previste con l'adesione al piano mutualistico erogato dalla Società di Mutuo Soccorso Diritto e Salute – LONG TERM CARE (PERDITA DELLA AUTOSUFFICIENZA) - GENZIANA**

**Art. 2.1 – Oggetto e prestazioni previste nel piano mutualistico**

Il presente piano mutualistico, ferme le condizioni che ne impediscono l'attivazione, le esclusioni e le carenze di cui agli Artt. 2.3 – 2.4 – 2.5 garantisce, nel caso in cui al Socio sia riconosciuto uno Stato di Non Autosufficienza, come descritto dal successivo Art. 3.1, la corresponsione di una rendita mensile vitalizia posticipata, il cui importo è stato determinato ed indicato in contratto.

La rendita oggetto della prestazione è pari ad Euro 1.000,00 mensile oppure Euro 1.500,00 mensile.

E' prevista a favore degli associati alla Mutua Diritto E Salute una maggiorazione del +25 % della rendita liquidata in caso di perdita della autosufficienza in presenza di figli minori non autosufficienti a carico dell'assicurato (ad es. in caso di una rendita base di Euro 1.000 in tale evenienza la rendita mensile vitalizia liquidata sarà pari a Euro 1.250,00);

**Art. 2.2 – Delegato**

Il Socio può designare un delegato incaricato alla riscossione della rendita di Non Autosufficienza e può in qualsiasi momento revocare o modificare tale designazione anche successivamente al verificarsi dell'evento o durante l'erogazione della prestazione di rendita.

La designazione e le sue eventuali revoche o modi devono essere comunicate alla Mutua mediante lettera raccomandata con ricevuta di ritorno o tramite pec solo in fase di liquidazione della rendita.

### **Art. 2.3 – Condizioni previste per l’attivazione del piano mutualistico**

Ai fini dell’operatività delle prestazioni di cui all’Art. 2.1 delle presenti Condizioni di contratto, i Soci non devono rientrare in una delle seguenti condizioni che impediscono l’attivazione del piano mutualistico:

- avere bisogno dell’aiuto di un terzo, al momento dell’inizio copertura, per almeno uno degli atti ordinari della vita quotidiana di cui all’Art. 3.1;
- aver diritto, aver richiesto, o percepire una pensione di invalidità, o una rendita per incapacità permanente che corrisponda ad un livello di incapacità superiore al 25%;
- essere affetti dalla malattia di Alzheimer, di Parkinson e parkinsonismi, da altre demenze senili, dalla sclerosi multipla, dalla sclerosi laterale amiotrofica (malattia dei motoneuroni), da ictus con postumi invalidanti, da demenze su base vascolare acute e croniche o da diabete complicato da neuropatie e/o angiopatie.

Le persone appartenenti alle categorie protette (ai sensi delle Leggi 482/68 e 68/99) sono considerate assistibili. A tale specifico riguardo, si rappresenta che le prestazioni in oggetto non operano qualora lo stato di Non Autosufficienza di cui all’Art. 3.1 - “Definizione dello stato di non autosufficienza” - sia conseguenza diretta, ovvero un aggravamento, del precedente stato di invalidità che ha costituito il titolo dell’assunzione ai sensi delle Leggi sopra citate (i.e., categorie protette).

### **Art. 2.4 – Esclusioni**

Il caso di Non Autosufficienza è oggetto della presente prestazione qualunque possa esserne la causa, senza limiti territoriali, ferme le Condizioni di cui sopra all’Art. 2.3 e ad eccezione dei seguenti casi derivanti direttamente e/o indirettamente da:

- dolo del Contraente o del Socio;
- tentato suicidio e autolesionismo del Socio;
- partecipazione attiva del Socio a delitti dolosi;
- partecipazione del Socio a fatti di guerra, salvo che non derivi da obblighi verso lo Stato Italiano; in questo caso la garanzia può essere prestata, su richiesta del Contraente, alle condizioni stabilite dal competente Ministero;
- oltre a ciò, non sono coperti dal presente piano mutualistico, anche in mancanza di partecipazione attiva, tutti i casi derivanti da atti di guerra avvenuti al di fuori del territorio italiano qualora siano trascorsi più di 14 giorni tra l’inizio del primo evento definibile come atto di guerra ed il caso stesso o qualora le parti coinvolte non si trovassero nella regione geografica in questione prima dell’inizio dell’atto di guerra stesso;
- partecipazione attiva del Socio a insurrezioni, tumulti popolari, operazioni militari, ribellioni, rivoluzioni, colpi di Stato sommosse, atti di sabotaggio, atti di terrorismo, aggressioni o atti violenti che abbiano movente politico o sociale cui il Socio abbia preso parte volontariamente;
- malattie intenzionalmente procurate, alcoolismo, uso non terapeutico di psicofarmaci e stupefacenti, allucinogeni;
- negligenza, imprudenza ed imperizia nel seguire consigli medici: con ciò si intende che la prestazione di rendita non viene erogata se è comprovato che il Socio 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;
- incidente di volo se il Socio viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo e, in ogni caso, se viaggia in qualità di membro dell’equipaggio; la garanzia tuttavia è operante nel caso di viaggi compiuti dal Socio in qualità di passeggero su linee regolarmente istituite per il pubblico esercizio della navigazione aerea e su aeromobili plurimotore di proprietà di ditte o di privati condotti da piloti professionisti con l’esclusione, in tale ultima situazione, delle trasvolate oceaniche;
- guida di veicoli e natanti a motore per i quali il Socio non sia regolarmente abilitato a norma delle disposizioni in vigore;
- trasformazioni o assestamenti energetici dell’atomo - naturali o provocati - e accelerazioni di particelle atomiche (scissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi x, etc.);
- malattie, malformazioni, stati patologici e lesioni del Socio, nonché le conseguenze dirette o indirette da essi derivanti, verificatisi prima della data di decorrenza del piano mutualistico e già diagnosticati in tale data al Socio;
- problemi mentali o del sistema nervoso non riconducibili ad una causa organica;
- infortuni derivanti dalla pratica di sport estremi e pericolosi, quali ad esempio gli sport aerei, motoristi- ci, automobilistici, motonautici, il free-climbing, il rafting, l’alpinismo estremo, le immersioni subacquee, pugilato, nonché dalla partecipazione a corse e incontri sportivi (e relative prove ed allenamenti) comunque relativi a qualsiasi sport svolto a livello professionistico;
- fabbricazione e/o lavorazione di esplosivi, tossici, e corrosivi e dall’uso di attrezzature per l’effettuazione di lavori subacquei;
- abuso di alcolici e psicofarmaci e dall’uso non terapeutico di stupefacenti ed allucinogeni, radiazioni, reazioni nucleari o contaminazione radioattiva.

### **Art. 2.5 – Carenze**

La garanzia in caso di perdita di autosufficienza prevista dal presente piano mutualistico è operante alle seguenti condizioni:

- nel caso in cui la Non Autosufficienza derivasse da infortunio, non è previsto alcun periodo di carenza;
- nel caso in cui la Non Autosufficienza derivasse da malattia, incluse quelle nervose o mentali dovute a causa organica (a titolo esemplificativo e non esaustivo: Morbo di Parkinson, Morbo di Alzheimer, etc.), è previsto un periodo di carenza di 30 giorni durante il quale la prestazione non sarà operante e l'eventuale caso non sarà indennizzato. Per avere diritto al pagamento della Rendita, quindi, lo stato di Non Autosufficienza deve verificarsi per la prima volta in un periodo successivo ai primi 30 giorni decorrenti dalla data di ingresso in copertura del Socio.

Qualora la Non Autosufficienza del Socio avvenga entro il predetto periodo di carenza, il Socio non ha diritto alle prestazioni.

## **Art. 3 – Criteri di liquidazione della rendita un caso di PERDITA DELLA AUTOSUFFICIENZA.**

### **Art. 3.1 – Definizione dello Stato di Non Autosufficienza**

È considerato in Stato di Non Sufficienza il Socio che, a causa di una malattia, di infortunio o per perdita delle forze, si trovi per un periodo di tempo non inferiore a 90 giorni continuativi, in uno stato tale - presumibilmente in modo permanente - da aver bisogno dell'assistenza di un'altra persona per aiutarlo nello svolgimento di almeno 4 su 6 delle attività ordinarie della vita quotidiana, nonostante l'utilizzo di apparecchiature mediche e/o chirurgiche.

Il livello di non Autosufficienza è accertato da un medico e, al fine dell'accertamento, verranno seguite le procedure previste dai successivi Artt. 3.2 – 3.3 – 3.4 – 3.5 – 3.6 – 3.7

Nel caso delle attività della vita quotidiana, tale livello è determinato sommando il numero di attività per le quali il Socio necessita di assistenza da parte di un'altra persona.

Viene altresì riconosciuto in Stato di Non Autosufficienza, indipendentemente dal fatto che vi sia l'incapacità di svolgere almeno 4 su 6 delle attività ordinarie della vita quotidiana, il Socio che sia affetto da una patologia nervosa o mentale dovuta a causa organica che determini la perdita delle capacità cognitive (quali ad esempio, il morbo di Parkinson o di Alzheimer ovvero altre demenze invalidanti di origine organica).

La perdita delle capacità cognitive viene definita come peggioramento o perdita delle facoltà intellettuali da valutarsi attraverso dati clinici e test standard che misurano il danneggiamento presente nelle seguenti aree:

- memoria di breve e lungo periodo;
- orientamento verso persone e luoghi e verso il tempo (conoscenza della data o dell'ora corrente);
- ragionamento deduttivo e astratto (risoluzione di semplici problemi, capacità di prendere decisioni razionali).

Il Socio verrà considerato quale sofferente di perdita di capacità cognitive, se:

- esistono prove cliniche che la perdita di capacità cognitiva è dovuta a cause organiche;
- dalle risposte date dal Socio a test standard risulta la perdita delle capacità cognitive; la valutazione delle risposte deve avvenire in conformità alle procedure e ai dati contenuti in pubblicazioni scientifiche;
- la capacità intellettuale del Socio è tale per cui, lo stesso necessita di essere sottoposto ad un continuo controllo o richiede una continua assistenza da parte di un'altra persona, al fine di proteggere il Socio stesso o terzi soggetti con i quali questi venisse a contatto.

In ogni caso, la prestazione è erogata sia nei casi in cui la perdita dell'Autosufficienza dia luogo al ricovero ospedaliero, che in quelli in cui non è previsto il ricovero.

Per attività ordinarie della vita quotidiana (Activities of Daily Living - ADL) si intendono:

- Lavarsi: la capacità di lavarsi nella vasca da bagno o nella doccia, di entrare e uscire dalla vasca o dalla doccia o la capacità di lavare in modo soddisfacente la parte superiore e inferiore del corpo in altro modo (radersi, pettinarsi, lavarsi i denti);
- Vestirsi, **svestirsi**: la capacità di indossare e togliersi, allacciare e slacciare ogni tipo di indumento, compresi indumenti speciali o ausili adatti al tipo di disabilità del Socio, per la parte superiore o inferiore del corpo;
- Nutrirsi: la capacità di bere usando un bicchiere e di mangiare il cibo preparato da altri usando un piatto;
- Andare in bagno: la capacità di controllare le funzioni corporali (mingere ed evacuare) e di mantenere un livello soddisfacente di igiene personale con l'impiego di ausili e di indumenti specifici;
- Mobilità: la capacità di muoversi in casa da una stanza all'altra sullo stesso piano anche con l'ausilio di attrezzature tecniche;
- Spostarsi: la capacità di sedersi e di alzarsi da una sedia, di coricarsi e di alzarsi dal letto, di spostarsi da una sedia al letto e viceversa, anche con l'aiuto di ausili specifici.

### **Art. 3.2 – Denuncia dello Stato di Non Autosufficienza da parte del Socio**

Entro 90 giorni da quando si presume siano maturate le condizioni di Non Autosufficienza ai sensi dell'Art. 3.1 "Definizione dello Stato di Non Autosufficienza", il Socio, il tutore/curatore o qualsiasi altra persona appartenente al suo Nucleo Familiare, dovrà contattare la Mutua e/o la Compagnia assicuratrice sottostante (POSTE VITA spa) e

produrre i documenti giustificativi dello stato di salute del Socio, ovvero, a seconda dei casi, l'ulteriore documentazione eventualmente richiesta.

In particolare, il Socio stesso, o chi per suo conto, dovrà informare la Compagnia assicuratrice sottostante (POSTE VITA SPA) dello stato di Non Autosufficienza mediante l'invio di lettera raccomandata con avviso di ricevimento a: Poste Vita S.p.A. Gestione Liquidazioni Vita Viale Beethoven, 11 00144 Roma.

La richiesta potrà essere effettuata tramite l'apposita modulistica e dovrà contenere il consenso al trattamento dei dati personali relativi alla salute. Inoltre, dovrà essere accompagnata dai documenti necessari a verificare l'effettiva sussistenza dei requisiti richiesti per procedere al pagamento della rendita di cui all'Art. 2.1 delle presenti Condizioni del piano mutualistico. La predetta richiesta, dovrà ad ogni modo essere sempre corredata dalla documentazione clinica comprovante le patologie e dalla relativa dichiarazione in cui il Socio scioglie dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato.

La Compagnia assicuratrice sottostante (Poste Vita spa), analizzata la suddetta documentazione, valuterà, con le modalità indicate nell'Art. 3.3, se:

- richiedere ulteriori informazioni, attestazioni o referti, se gli elementi che descrivono la Non Autosufficienza del Socio sembrano insufficienti;
- ritenere accertato lo stato di Non Autosufficienza del Socio.

Qualora la valutazione della sussistenza dello stato di Non Autosufficienza del Socio desse esito negativo, la posizione di quest'ultimo potrà essere nuovamente esaminata da parte della Compagnia assicuratrice sottostante (POSTE VITA spa), sempre che:

- sia trascorso un periodo di almeno tre mesi dalla data di comunicazione del predetto esito negativo;
- siano stati inviati nuovi documenti sanitari contenenti elementi nuovi che giusti chino l'aggravarsi dello stato di salute del Socio intervenuti dopo l'ultima richiesta di valutazione. Detta richiesta deve essere inviata al medesimo indirizzo di cui sopra.

### **Art. 3.3 – Fase d'istruttoria e riconoscimento dello stato di Non Autosufficienza**

La Compagnia assicuratrice sottostante (POSTE VITA SPA) si impegna ad accertare lo stato di Non Autosufficienza del Socio entro 180 giorni dalla data di ricezione della denuncia.

Al fine del riconoscimento dello stato di Non Autosufficienza da parte della Compagnia assicuratrice sottostante (POSTE VITA SPA), così come previsto dagli Art. 3.1 "Definizione dello Stato di Non Autosufficienza", quest'ultima si impegna a rispettare le seguenti procedure di gestione.

Tempistiche di gestione:

1. entro 2 mesi dal ricevimento della denuncia da parte del Socio ovvero da parte di un suo rappresentante allo scopo delegato, corredata dagli specifici questionari indicati dalla Compagnia assicuratrice sottostante (POSTE VITA SPA) e della relativa documentazione medica, la Compagnia assicuratrice sottostante (POSTE VITA SPA), ove necessario, richiede ulteriore documentazione medica (ovvero la documentazione mancante);
2. entro 2 mesi dal ricevimento della documentazione aggiuntiva, la Compagnia assicuratrice sottostante (POSTE VITA SPA), ove lo ritenga necessario, si impegna a comunicare al Socio la propria disponibilità a far eseguire la visita domiciliare dal proprio fiduciario;
3. in ogni caso, entro 2 mesi dal ricevimento dei questionari e della documentazione medica esaustiva, ovvero dalla data di effettuazione della visita, nel caso in cui questa sia stata richiesta dalla Compagnia assicuratrice sottostante (POSTE VITA SPA), quest'ultima si impegna a dare riscontro al Socio comunicando:
  - il riconoscimento dello Stato di Non Autosufficienza (anche definita Long Term Care, di seguito "LTC"); o,
  - in alternativa il mancato riconoscimento dello stato di Non Autosufficienza (LTC).

Nel caso al Socio fosse riconosciuta l'LTC e siano trascorsi almeno 90 giorni dal momento della denuncia, questi avrà diritto alle prestazioni indicate nel presente piano mutualistico, con effetto dal momento della denuncia del sinistro, ovvero dal momento in cui si potrà determinare con certezza che il Socio si trovava in Stato di Non Autosufficienza sulla base della documentazione prodotta.

Nel caso in cui il Socio deceda entro 90 giorni a partire dalla data di denuncia, non sarà erogata alcuna prestazione da parte della Compagnia assicuratrice sottostante (POSTE VITA SPA), mentre qualora il decesso avvenga successivamente ai 90 giorni ma prima dell'accertamento dello Stato di Non Autosufficienza, la Compagnia assicuratrice sottostante (POSTE VITA SPA) erogherà comunque la prestazione in rendita fino alla data di decesso del Socio.

Nei casi in cui al Socio non sia riconosciuta la Non Autosufficienza, la Compagnia assicuratrice sottostante (POSTE VITA SPA) comunicherà l'esito dell'istruttoria specificandone i motivi ed indicando la rivedibilità.

Nei casi in cui al Socio non sia riconosciuta la Non Autosufficienza, la Compagnia assicuratrice sottostante (POSTE VITA SPA) si rende disponibile a riesaminare il caso dopo tre mesi nelle modalità indicate nel presente piano assicurativo.

In ogni caso, entro 2 mesi dalle richieste di cui ai precedenti punti 1 e 2 del presente articolo, qualora non sia stato fornito alcun riscontro da parte del Socio, la Compagnia assicuratrice sottostante (POSTE VITA SPA) si impegna ad inviare al Socio stesso una comunicazione con la quale ripropone la propria richiesta.

Trascorso un mese da detta comunicazione, qualora anche questa sia rimasta senza riscontro, la Compagnia assicuratrice sottostante (POSTE VITA SPA) provvederà a chiudere il caso senza seguito; rimanendo in ogni caso la possibilità per il Socio di riaprire il sinistro integrando la richiesta della Compagnia assicuratrice sottostante (POSTE VITA SPA) sempre nel rispetto dei termini prescrizionali e/o di decadenza previsti dal piano mutualistico e/o dalla normativa pro tempore vigente.

Un fascicolo già valutato con esito negativo circa la sussistenza dello stato di non Autosufficienza potrà essere nuovamente esaminato, sempre che il contratto non sia scaduto da oltre quattro mesi, dalla Compagnia assicuratrice sottostante (POSTE VITA SPA) quando:

- sia trascorso un periodo di almeno tre mesi dall'ultima valutazione; oppure
- siano stati inviati nuovi documenti sanitari contenenti elementi nuovi che giustifichino l'aggravarsi dello stato di salute del Socio intervenuti dopo l'ultima richiesta di valutazione.

#### **Art. 3.4 – Denuncia dello Stato di Non Autosufficienza da parte del Soci - Rivedibilità dello stato di Non Autosufficienza**

Il Socio è tenuto a comunicare alla Compagnia assicuratrice sottostante (POSTE VITA SPA), entro 60 giorni da quando ne sia venuto a conoscenza, a mezzo di lettera raccomandata a/r, il recupero dello stato di Autosufficienza.

La Compagnia assicuratrice sottostante (POSTE VITA SPA) si riserva, a proprio totale carico, la facoltà di far esaminare in ogni momento il Socio non autosufficiente da un proprio medico di fiducia e di richiedere la produzione di ogni documento che ritenga necessario per la valutazione dello stato di Non Autosufficienza. In caso di rifiuto da parte dell'Assicurato, il pagamento della relativa somma assicurata (i.e., Rendita) può essere sospeso fino all'avvenuto accertamento da parte della Compagnia assicuratrice sottostante (POSTE VITA SPA). Qualora durante l'erogazione della Rendita si verifichi il recupero dello stato di Autosufficienza da parte del Socio, il pagamento della rendita assicurata verrà interrotto.

#### **Art. 3.5 – Collegio medico arbitrale**

Le controversie di natura medica sulla attivazione delle prestazioni, sulla liquidazione della rendita, sullo stato e grado di Non Autosufficienza, nonché sull'applicazione dei criteri di indennizzabilità, a norma delle condizioni del piano mutualistico, possono essere demandate per iscritto, di comune accordo tra le Parti, ad un collegio di tre medici nominati uno per Parte ed il terzo di comune accordo o, in caso contrario, dal Consiglio dell'Ordine dei Medici, avente giurisdizione nel luogo dove deve riunirsi il Collegio dei Medici. Il Collegio dei Medici ha sede nel Comune, sede di Istituto di medicina legale, più vicino al luogo di residenza del Socio.

Le decisioni del Collegio sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge e sono vincolanti tra le parti, le quali rinunciano fin da ora a qualsiasi impugnativa, fatti salvi i casi di violenza, dolo, errore o violazione dei patti contrattuali.

I risultati delle operazioni arbitrali devono essere raccolti in apposito verbale, da redigersi in doppio esemplare, uno per ognuna delle parti.

Le decisioni del collegio arbitrale sono vincolanti per le parti anche se uno dei medici rifiuti di firmare il relativo verbale, nel qual caso il rifiuto deve essere attestato dagli altri medici nel verbale stesso.

#### **Art. 3.6 – Erogazione delle prestazioni**

Il riconoscimento dello Stato di Non Autosufficienza da parte della Compagnia assicuratrice sottostante Poste Vita spa secondo le condizioni dell'art 3.1 "Definizione dello stato di non Autosufficienza" dà diritto al Socio che si trovi in Stato di Non Autosufficienza, a richiedere la corresponsione di una rendita mensile posticipata (il cui ammontare è specificato nel Certificato del piano mutualistico), pagata tramite bonifico bancario entro i limiti previsti all'Art. 2.1.

#### **Art. 3.7 – Accertamento del perdurante Stato di Non Autosufficienza**

Dal momento di erogazione della Rendita, sarà richiesto al Socio, con cadenza annuale, il certificato di esistenza in vita del Socio medesimo da consegnare alla Compagnia entro la fine di ciascun anno solare.

Qualora la Compagnia assicuratrice sottostante (Poste Vita spa) non sia stata informata per tempo del decesso del Socio ed abbia quindi proceduto all'erogazione della/e relativa/e rata/e di Rendita, la Compagnia assicuratrice sottostante (Poste Vita) spa potrà richiedere la restituzione di quanto erroneamente corrisposto maggiorato degli interessi legali.

La Compagnia assicuratrice sottostante (Poste Vita spa) si riserva la facoltà di procedere in ogni momento, eventualmente alla presenza del medico curante del Socio, a controlli presso il Socio medesimo e in particolare di farlo esaminare da un medico scelto dalla Compagnia assicuratrice sottostante (Poste Vita spa). Potrà inoltre richiedere l'invio di ogni documento che ritenga utile e/o necessario per valutare lo stato di salute del Socio medesimo.

Se dai suddetti accertamenti dovesse rilevarsi che non sussistono più i presupposti per l'erogazione della prestazione per la perdita di Autosufficienza, con effetto dalla data dell'accertamento del perdurare dello Stato di Non Autosufficienza, la Compagnia assicuratrice sottostante (Poste Vita) spa previo invio di specifica comunicazione al Socio, potrà cessare l'erogazione della prestazione. Rimane comunque fermo il diritto del Socio di riproporre la richiesta della prestazione successivamente alla data di cessazione dell'erogazione.

In caso di rifiuto da parte del Socio di sottoporsi ad un controllo e/o d'inviare i documenti richiesti, l'erogazione delle prestazioni potrà essere sospesa dalla data della richiesta di tale controllo e/o documentazione da parte della Compagnia assicuratrice sottostante (Poste Vita spa).

Durante il periodo di erogazione delle prestazioni, se il Socio esce dallo Stato di Non Autosufficienza sarà tenuto a darne comunicazione alla Compagnia assicuratrice sottostante (Poste Vita spa) entro un periodo di 60 giorni dalla data in cui non si trova più nello stato di non Autosufficienza. Inoltre, in caso di decesso del Socio, gli eredi di quest'ultimo dovranno informare la Compagnia assicuratrice sottostante (Poste Vita spa) dell'intervenuto decesso del Socio entro i 30 giorni successivi alla data del decesso stesso. Le eventuali prestazioni riconosciute al Socio ma riferite a periodi successivi al decesso di questi dovranno essere restituite alla Compagnia assicuratrice sottostante (Poste Vita spa) maggiorate dei relativi interessi legali.