



**Modulo di denuncia sinistro
per la richiesta di indennità in caso di non autosufficienza**

da compilarsi a cura dell'Assicurato

Informazioni sulla polizza

Dati Assicurato di cui si chiede il riconoscimento della perdita di autosufficienza

Nome Cognome

Codice fiscale

Nato a

il

Dati del tutore/procuratore o di chi ne fa le veci

Nome Cognome

Codice fiscale

Nato a

il

Telefono/cellulare

email

Indicare il rapporto (coniuge, legale rappresentante..)

Coordinate bancarie del conto corrente dell'assicurato

Intestatario del conto corrente: _____

IBAN:

Modalità di invio modulo denuncia

Il modulo di denuncia compilato in tutte le sue parti e firmato, unitamente alla copia della documentazione medica e di spesa, deve essere inviato a:

Intesa Sanpaolo RBM Salute S.p.A.
c/o Previmedical S.p.A. – Ufficio Liquidazioni
Via E. Forlanini, 24
Località Borgo Verde - 31022 Preganziol (TV)

Dalla data di ricevimento di tale documentazione, decorre il periodo di accertamento che, in ogni caso, non può superare i 60 giorni. La Compagnia si riserva inoltre di richiedere all'Assicurato informazioni sulle predette cause e ulteriore documentazione in considerazione di specifiche esigenze istruttorie.

Data denuncia sinistro

Firma dell'Assicurato

.....

.....
se incapace, firma del soggetto che richiede l'indennità in sua vece

Richiesta per il riconoscimento della perdita di autosufficienza

Documentazione da allegare e altre informazioni da comunicare

Le chiediamo di allegare alla denuncia di sinistro la copia della documentazione di seguito elencata

- documento di identità valido e codice fiscale (sia dell'Assicurato/a sia dell'eventuale Legale Rappresentante/Tutore/ Amm.re di sostegno) o di chi ne fa veci
- relazione medica sulle cause della perdita di autosufficienza redatto dal medico curante che esponga l'insorgenza dello stato di non-autosufficienza dell'Assicurato/a, l'origine (ad esempio: incidentale o patologica) dell'affezione o delle affezioni
- documentazione clinica (ricoveri, visite specialistiche, accertamenti strumentali) che ha portato alla definizione della/e patologia/e causa della perdita dell'autosufficienza
- eventuale verbale di riconoscimento dell'Invalidità Civile rilasciato dalla Commissione della ASL di appartenenza
- eventuale verbale della competente Autorità giunta sul luogo dell'evento (nel caso in cui lo stato di non autosufficienza sia stato causato da evento accidentale)
- eventuale documentazione comprovante lo status di chi sta agendo per conto dell'Assicurato, ad es. tutore/ procuratore (decreto di nomina, procura speciale/generale), familiare (stato di famiglia), ecc..., corredata dai suoi dati anagrafici (nome, cognome, data di nascita e codice fiscale).

Certificato attestante la perdita di autosufficienza

Dottor

Il presente modulo deve essere stampato e scritto con caratteri molto chiari e tutte le risposte alle singole domande devono essere rese in termini particolareggiati, precisi ed esaurienti.

Dati Assistito	
Nome Cognome	
Codice fiscale	
Nato a	
il	
età (anni)	
residente a	
in via	
CAP e provincia	

Domande

Risposte del medico

1. Lo stato di non autosufficienza è insorto a seguito di quale condizione?

a. impossibilità di compiere almeno 4 delle 6 attività della vita quotidiana (lavarsi, vestirsi e svestirsi, igiene del corpo, mobilità, continenza, bere e mangiare)

b. demenza senile invalidante o malattia di Alzheimer, certificata da un referto medico e dopo esame dei risultati di test psicotecnici effettuati da un neuropsichiatra (test

1a.

1b.

2. L'Assicurato ha bisogno di assistenza continua da parte di un'altra persona?

2.

3.

a. L'Assicurato è attualmente ricoverato in lungo degenza in struttura abilitata pubblica o privata?

b. Se sì, qual è la struttura?

c. Da quando?

3a.

3b.

3c.

4.

a. L'Assicurato è attualmente ricoverato in istituto psichiatrico?

b. Se sì, qual è la struttura?

c. Da quando?

4a.

4b.

4c.

Domande	Risposte del medico
<p>5.</p> <p>a. Qual è stato l'evento che ha portato alla perdita di autosufficienza?</p> <p>b. Quando si è verificato</p>	<p>5a.</p> <p>5b.</p>
<p>6. L'Assicurato è in grado di farsi il bagno e/o doccia in modo completamente autonomo?</p>	<p>6.</p>
<p>7. L'Assicurato necessita di assistenza per entrare nella e/o uscire dalla vasca da bagno/doccia?</p>	<p>7.</p>
<p>8. L'Assicurato necessita di assistenza per entrare nella e/o uscire dalla vasca da bagno/doccia e durante l'attività stessa di farsi il bagno?</p>	<p>8.</p>
<p>9. L'Assicurato è in grado di vestirsi e svestirsi in modo completamente autonomo?</p>	<p>9.</p>
<p>10. L'Assicurato necessita di assistenza per vestirsi e svestirsi solo per la parte superiore del corpo o solo per la parte inferiore del corpo?</p>	<p>10.</p>
<p>11. L'Assicurato necessita di assistenza per vestirsi e svestirsi sia per la parte superiore del corpo che per la parte inferiore del corpo?</p>	<p>11.</p>
<p>12. L'Assicurato è in grado di svolgere autonomamente e senza assistenza da parte di terzi i seguenti gruppi di attività identificati con (a), (b), e (c):</p> <p>a. utilizzare i servizi igienici?</p> <p>b. lavarsi, lavarsi i denti, pettinarsi, asciugarsi, radersi?</p> <p>c. effettuare atti di igiene personale dopo aver utilizzato i servizi igienici?</p>	<p>12a.</p> <p>12b.</p> <p>12c.</p>
<p>13. L'Assicurato necessita di assistenza per almeno 1 e al massimo 2 dei suindicati gruppi di attività (a), (b) e (c)?</p>	<p>13.</p>
<p>14. L'Assicurato necessita di assistenza per tutti i suindicati gruppi di attività (a), (b), e (c)?</p>	<p>14.</p>
<p>15. L'Assicurato è in grado di alzarsi autonomamente dalla sedia e dal letto e di muoversi senza l'assistenza di terzi?</p>	<p>15.</p>
<p>16. 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)</p>	<p>16.</p>
<p>17. L'Assicurato necessita di assistenza per alzarsi dalla sedia e dal letto per muoversi?</p>	<p>17.</p>

Domande

Risposte del medico

18. L'Assicurato è completamente continente?	18.
19. L'Assicurato presenta incontinenza di urina o feci al massimo 1 volta al giorno?	19.
20. L'Assicurato è completamente incontinente e vengono utilizzati aiuti tecnici come catetere o colostomia?	20.
21. L'Assicurato è completamente e autonomamente in grado di consumare bevande e cibi preparati e serviti?	21.
22. L'Assicurato necessita di assistenza per una o più delle seguenti attività preparatorie? 1 Sminuzzare/tagliare il cibo; 2 Sbucciare la frutta; 3 Aprire un contenitore/una scatola; 4 Versare bevande nel bicchiere;	22. Risposta si o no 1 2 3 4
23. L'Assicurato non è in grado di bere autonomamente dal bicchiere e mangiare dal piatto. Fa parte di questa categoria l'alimentazione artificiale.	23.

Sulla base di quanto da me esaminato, verificato ed accertato dichiaro e certifico che

il Sig/Sig.ra..... si trova in stato di non autosufficienza.

Allego relazione sulle cause della perdita dello stato di autosufficienza.

Luogo e data _____

Il Medico Curante
(Firma e timbro)

(DOMICILIO)