



## 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., Ufficio Liquidazioni c/o InSalute Servizi S.p.A. - Via San Francesco d'Assisi, 10 - 10122 Torino**

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



**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?

22. Risposta si o no

- 1 Sminuzzare/tagliare il cibo;
- 2 Sbucciare la frutta;
- 3 Aprire un contenitore/una scatola;
- 4 Versare bevande nel bicchiere;

- 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)