

Edizione 1° gennaio 2022

Condizioni supplementari d'assicurazione (CSA) VIVANTE – l'assicurazione per cure e assistenza di lunga durata per i privati

Indice

Introduzione

- 1 Scopo
- 2 Definizione di necessità di cure
- 3 Periodo di carenza

Servizi

- 4 Calcolo della necessità di cure
- 5 Livelli di cura
- 6 Inizio del diritto alle prestazioni
- 7 Modifica e termine del diritto alle prestazioni
- 8 Classificazione della necessità di cure
- 9 Erogazione di servizi
- 10 Esclusioni di prestazioni
- 11 Obblighi in caso di sinistro
- 12 Varie

Allegato

Questionario per la valutazione della necessità di cure

Introduzione

1 Scopo

VIVANTE copre la persona assicurata, in base alla variante assicurativa scelta, contro le conseguenze economiche della necessità di cure di lunga durata a seguito di una malattia o di un infortunio. VIVANTE è un'assicurazione di somma: in caso di necessità di cure dimostrata, corrisponde prestazioni in base al contratto assicurativo senza che si debba dimostrare un danno.

2 Definizione di necessità di cure

Necessitano di cure le persone che, a seguito di una malattia o di un infortunio, hanno bisogno dell'aiuto notevole e duraturo, vale a dire di almeno 6 mesi secondo il parere medico e con una necessità di cure pari almeno al livello 1 del paragrafo 5, di terzi per compiere i 10 atti ordinari della vita.

La necessità di una sorveglianza personale da sola non rappresenta una necessità di cure.

L'aiuto di terzi consiste nell'assunzione o nel sostegno dell'espletamento dei 10 atti ordinari della vita. L'aiuto può essere dispensato da specialisti o da persone non specializzate.

Degli atti ordinari della vita fanno parte:

- 1 Mangiare
- 2 Lavarsi
- 3 Fare il bagno o la doccia
- 4 Vestirsi
- 5 Andare al gabinetto
- 6 Spostarsi dal letto alla sedia
- 7 Camminare
- 8 Salire e scendere le scale
- 9 Controllo dell'intestino
- 10 Controllo della vescica

3 Periodo di carenza

In caso di necessità di cure in seguito a malattia o malattia professionale, il diritto a prestazioni inizia al più presto dopo un periodo di carenza di 3 anni dall'inizio dell'assicurazione. Per le prestazioni a seguito di infortunio non vi è alcun periodo di carenza.

Le malattie professionali sono malattie causate da sostanze particolarmente nocive o da determinati lavori e altre malattie che sono state causate esclusivamente o in modo affatto preponderante dall'esercizio dell'attività professionale. È determinante l'elenco allestito dal Consiglio federale previsto dalla Legge sull'assicurazione contro gli infortuni (art. 9 LAINF).

Servizi

4 Calcolo della necessità di cure

La necessità di cure della persona assicurata si calcola stimando e valutando con punti la limitazione di ognuno dei 10 atti ordinari della vita riportati nel questionario in allegato. Ogni domanda è strutturata in modo tale che 0 punti equivalgono a nessuna limitazione, 5 punti a una limitazione media e 10 punti a una limitazione grave. Sommando i punti di tutti e 10 gli atti ordinari della vita, si ottiene un valore tra 0 e 100 punti.

5 Livelli di cura

Vi sono quattro livelli di cura:

il 25% dell'indennità giornaliera pattuita è pagato a partire da un punteggio di 25 punti (livello di cura 1);

il 50% dell'indennità giornaliera pattuita è pagato a partire da un punteggio di 50 punti (livello di cura 2);

il 75% dell'indennità giornaliera pattuita è pagato a partire da un punteggio di 75 punti (livello di cura 3);

il 100% dell'indennità giornaliera pattuita è pagato in caso di un punteggio di 100 punti (livello di cura 4);

L'indennità giornaliera pattuita è indicata nella polizza assicurativa.

6 Inizio del diritto alle prestazioni

Il diritto a prestazioni inizia, al più presto, il giorno in cui è dimostrata la necessità delle cure. A tale scopo devono essere soddisfatte tre condizioni cumulative:

- un certificato medico che attesti - causa malattia o infortunio - una tale necessità;
- un certificato medico che indichi come la succitata necessità abbia una durata prevedibile di almeno sei mesi;

– dall'analisi oggettiva del questionario deve risultare una *necessità di cure* di almeno 25 punti.

In caso di malattia o di malattia professionale, questo diritto nasce al più presto 3 anni dopo l'inizio dell'assicurazione, ininfluente che la malattia o la malattia professionale sia insorta durante il periodo di carenza.

7 Modifica e termine del diritto alle prestazioni

Il diritto a prestazioni viene modificato se, da una rivalutazione della necessità di cure, risulta un altro livello di cura.

Il diritto a prestazioni termina se, dalla rivalutazione della necessità di cure, il punteggio totale risultante dal questionario è inferiore a 25 punti, in ogni caso comunque alla risoluzione del contratto o al decesso della persona assicurata.

8 Classificazione della necessità di cure

La persona assicurata è tenuta a notificare il caso di sinistro a Helsana entro 14 giorni.

Successivamente Helsana richiede un rapporto medico, che deve attestare l'esistenza di una malattia o di un infortunio e di una necessità di cure (di almeno 6 mesi).

Se la persona assicurata è assistita da uno specialista, Helsana conferisce l'incarico di valutare la necessità di cure a tale specialista.

Se la persona assicurata non è assistita da uno specialista, Helsana conferisce l'incarico di valutare la necessità di cure a uno specialista indipendente dall'assicuratore.

Lo specialista valuta la necessità di cure compilando il questionario, che invia tempestivamente a Helsana per l'analisi. È considerato specialista qualsiasi infermiere diplomato riconosciuto e registrato quale fornitore di prestazioni secondo la Legge federale sull'assicurazione malattie (LAMal). A questa figura professionale sono equiparati gli infermieri diplomati incaricati/impiegati dall'assicuratore.

Helsana è autorizzata a controllare in qualsiasi momento la valutazione medica e la necessità di cure.

9 Erogazione di servizi

Le prestazioni sono calcolate per giorno e pagate una volta al mese. Il pagamento avviene in franchi svizzeri su un conto in Svizzera.

Salvo patto contrario con Helsana, le prestazioni assicurate sono corrisposte solamente se la cura avviene in Svizzera.

10 Esclusioni di prestazioni

In aggiunta alle esclusioni di prestazioni indicate al paragrafo 21.1 delle CGA per l'assicurazione integrativa di malattia, non vengono corrisposte prestazioni:

- in caso di una necessità di cure derivanti da gravidanza, parto, danni prenatali, infermità congenite e relative conseguenze dirette. Sono considerate infermità congenite le malattie presenti a nascita avvenuta.
- in caso di degenza della persona assicurata in un ospedale (ad es. dovuta a un peggioramento temporaneo dello stato di salute), dove per ospedale si intende un istituto o reparto riconosciuto dalle autorità pubbliche per la cura di malattie acute o l'esecuzione stazionaria di provvedimenti di riabilitazione medica.
- in caso di cura all'estero;
- in caso di violazione dei doveri di notifica e degli obblighi dovuti in caso di sinistro (eccetto in caso di violazione senza colpa degli obblighi).

11 Obblighi in caso di sinistro

Ogni caso di cura che può generare un diritto a prestazioni deve essere notificato a Helsana per iscritto entro 14 giorni. In caso di notifica tardiva della necessità di cure, il diritto alle prestazioni assicurate esiste al più presto a partire dalla ricezione della notifica.

Vanno notificati a Helsana per iscritto entro 14 giorni ogni modifica della necessità di cure e ogni ricovero o dimissione da un ospedale.

Su richiesta di Helsana, la persona assicurata deve farsi visitare da un medico incaricato da Helsana. Alla stessa stregua, Helsana può conferire a specialisti l'incarico di controllare o rivalutare la necessità di cure.

12 Varie

In deroga al paragrafo 12.1 delle CGA per le assicurazioni integrative, il premio viene stabilito dopo l'età d'ammissione della persona assicurata. Il paragrafo 12.2 delle CGA per le assicurazioni integrative di malattia non trova applicazione.

In deroga al paragrafo 9.3 delle CGA per le assicurazioni integrative di malattia, l'assicurazione termina in caso di trasferimento del domicilio all'estero anche se la persona assicurata rimane soggetta all'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie o continua ad avere una copertura assicurativa di base ai sensi dell'art. 7a dell'Ordinanza sull'assicurazione malattie (OAMal), a condizione che non sia stato stipulato un differente accordo.

A integrazione del paragrafo 11.1 d) delle CGA per le assicurazioni integrative, Helsana è altresì autorizzata ad adeguare le CGA e le CSA qualora venga introdotta un'assicurazione per le cure obbligatorie.

Allegato

Questionario per la valutazione della necessità di cure

		Indicazione: la valutazione si basa sulle osservazioni delle ultime 4 settimane!	Punti
1	Il cliente può mangiare senza l'aiuto di terzi?	<input type="radio"/> No, passi alla prossima domanda	–
		<input type="radio"/> Sì, passi alla domanda 2	0
	Il cliente necessita dell'aiuto di terzi per mangiare?	<input type="radio"/> Sì, ma solo per la preparazione del pasto	5
		<input type="radio"/> Sì, ma solo parzialmente (il cliente può compiere autonomamente determinati atti)	5
		<input type="radio"/> Sì, tutti gli atti devono essere eseguiti da un'altra persona (il cliente non può più fare niente autonomamente)	10
2	Il cliente può lavarsi senza l'aiuto di terzi?	<input type="radio"/> No, passi alla prossima domanda	–
		<input type="radio"/> Sì, passi alla domanda 3	0
	Il cliente necessita dell'aiuto di terzi per lavarsi?	<input type="radio"/> Sì, ma solo parzialmente (il cliente può compiere autonomamente determinati atti)	5
		<input type="radio"/> Sì, tutti gli atti devono essere eseguiti da un'altra persona (il cliente non può più fare niente autonomamente)	10
3	Il cliente può fare il bagno o la doccia senza l'aiuto di terzi?	<input type="radio"/> No, passi alla prossima domanda	–
		<input type="radio"/> Sì, passi alla domanda 4	0
	Il cliente necessita dell'aiuto di terzi per fare il bagno o la doccia?	<input type="radio"/> Sì, ma solo parzialmente (il cliente può compiere autonomamente determinati atti)	5
		<input type="radio"/> Sì, tutti gli atti devono essere eseguiti da un'altra persona (il cliente non può più fare niente autonomamente)	10
4	Il cliente può vestirsi senza l'aiuto di terzi?	<input type="radio"/> No, passi alla prossima domanda	–
		<input type="radio"/> Sì, passi alla domanda 5	0
	Il cliente necessita dell'aiuto di terzi per vestirsi?	<input type="radio"/> Sì, ma solo parzialmente (il cliente può compiere autonomamente determinati atti)	5
		<input type="radio"/> Sì, tutti gli atti devono essere eseguiti da un'altra persona (il cliente non può più fare niente autonomamente)	10
5	Il cliente può andare al gabinetto senza l'aiuto di terzi?	<input type="radio"/> No, passi alla prossima domanda	–
		<input type="radio"/> Sì, passi alla domanda 6	0
	Il cliente necessita dell'aiuto di terzi per andare al gabinetto?	<input type="radio"/> Sì, ma solo parzialmente (il cliente può compiere autonomamente determinati atti)	5
		<input type="radio"/> Sì, tutti gli atti devono essere eseguiti da un'altra persona (il cliente non può più fare niente autonomamente)	10
		Punteggio 1	

Continua alla pagina seguente

		Punti
6	Il cliente può spostarsi (dal letto alla sedia) senza l'aiuto di terzi?	–
	Il cliente necessita dell'aiuto di terzi per spostarsi (dal letto alla sedia)?	0
7	Il cliente può camminare senza l'aiuto di terzi?	–
	Il cliente necessita dell'aiuto di terzi per camminare?	0
	Il cliente necessita dell'aiuto di terzi per salire e scendere le scale senza l'aiuto di terzi?	5
	Il cliente necessita dell'aiuto di terzi per salire e scendere le scale?	5
8	Il cliente può salire e scendere le scale senza l'aiuto di terzi?	–
	Il cliente necessita dell'aiuto di terzi per salire e scendere le scale?	0
	Il cliente necessita dell'aiuto di terzi per salire e scendere le scale?	5
	Il cliente necessita dell'aiuto di terzi per salire e scendere le scale?	10
9	Il cliente soffre di incontinenza fecale ?	–
	Con quale frequenza il cliente soffre di incontinenza fecale?	0
	Con quale frequenza il cliente soffre di incontinenza urinaria?	5
	Con quale frequenza il cliente soffre di incontinenza urinaria?	10
10	Il cliente soffre di incontinenza urinaria ?	–
	Con quale frequenza il cliente soffre di incontinenza urinaria?	0
	Con quale frequenza il cliente soffre di incontinenza urinaria?	5
	Con quale frequenza il cliente soffre di incontinenza urinaria?	10
Punteggio		
Punteggio 1		
Punteggio 2		
Punteggio totale		

Chiave di lettura

Ho ottenuto il seguente punteggio:

meno di 25

25–45 punti

50–70 punti

75–95 punti

100 punti

Questo significa:

nessuna necessità di cure

livello di cura 1

livello di cura 2

livello di cura 3

livello di cura 4

L'assicuratore paga :

nessuna indennità giornaliera

25% dell'indennità giornaliera pattuita

50% dell'indennità giornaliera pattuita

75% dell'indennità giornaliera pattuita

100% dell'indennità giornaliera pattuita