

Edizione 1° gennaio 2014

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

Indice

Introduzione

Copertura assicurativa

- 1 Quale copertura offre VIVANTE?
- 2 Come si calcola la necessità di cure?
- 3 Quali livelli di cura vi sono?

Prestazioni

- 4 Quando inizia il diritto a prestazioni?
- 5 Quando cambia o termina il diritto a prestazioni?

Disbrigo delle prestazioni

- 6 Chi esegue e come avviene la classificazione della necessità di cure?
- 7 Come e dove sono dispensate le prestazioni?
- 8 In quali casi non si corrispondono prestazioni?
- 9 Quali sono i miei obblighi, segnatamente in caso di sinistro?

Disposizioni generali

Durata dell'assicurazione

- 10 Quando inizia la copertura assicurativa?
- 11 Quando si conclude il rapporto assicurativo?
- 12 Come posso disdire l'assicurazione?
- 13 Quando può l'assicuratore adeguare il rapporto assicurativo e segnatamente le CA?

Premio

- 14 Come viene riscosso il premio?
- 15 Quando e come viene adeguato il premio?
- 16 Che cosa succede se non si paga entro i termini?
- 17 Quando sussiste un diritto al rimborso del premio?
- 18 Si possono compensare premi con prestazioni, cedere o costituire in pegno prestazioni?

Esclusioni di prestazioni

- 19 Che cosa non è assicurato?

Protezione dei dati

- 20 Cosa succede con i miei dati?
- 21 Chi fa parte del gruppo Helsana?
- 22 Quali sono i partner del gruppo Helsana?
- 23 I dati personali sono forniti a terzi?
- 24 Per quanto tempo vengono conservati i dati personali?

Comunicazioni

- 25 Come vengo informato e come si informa l'assicuratore?

Obblighi della persona assicurata e del contraente

- 26 Quali obblighi ho in qualità di persona assicurata?

Foro competente

- 27 Dove si trova il foro competente?

Diritto di disdetta particolare

- 28 Quando vi è un diritto di disdetta particolare?

Glossario

Questionario per la valutazione della necessità di cure

Chiave di lettura

Introduzione

Assicuratore

Helsana Assicurazioni integrative SA corrisponde le prestazioni assicurative per le persone assicurate in qualità di parte contraente del contratto assicurativo e viene denominata «assicuratore».

Trova le disposizioni essenziali sulla sua assicurazione integrativa:

- nella sua polizza assicurativa (essa riporta i dettagli della copertura assicurativa da lei scelta);
- nelle condizioni particolari d'assicurazione (CPA) pattuite in maniera particolare con lei. Se questo fosse il caso, sarebbe indicato nella sua polizza;
- nelle presenti condizioni d'assicurazione (CA);
- nella Legge federale sul contratto d'assicurazione (LCA).

Neutralità dei termini relativi alle persone

Tutti i termini riferiti a persone usati nel testo sono intesi per ambo i sessi.

Glossario

Il glossario pubblicato nell'allegato è parte integrante delle presenti condizioni d'assicurazione. I termini in *corsivo* sono spiegati nel glossario.



Copertura assicurativa

1 Quale copertura offre VIVANTE?

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.

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, di terzi per compiere i *10 atti ordinari della vita*.

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

2 Come si calcola la 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.

3 Quali livelli di cura vi sono?

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.

Prestazioni

4 Quando inizia il diritto a prestazioni?

Il diritto a prestazioni inizia al più presto il giorno in cui è dimostrata la *necessità di cure*. A tale scopo devono essere soddisfatte tre condizioni: un certificato medico conferma

- una *malattia* o un *infortunio*;
- e una conseguente *necessità di cure* che durerà prevedibilmente almeno sei mesi;
- inoltre dall'analisi del questionario in allegato deve risultare una *necessità di cure* di almeno 25 punti.

In caso di *malattia* si deve inoltre osservare che tale diritto non sussiste per 3 anni dall'inizio dell'assicurazione a causa del periodo di carenza. Per le prestazioni a seguito di un *infortunio* non vi è un periodo di carenza. Anche per le *malattie professionali* vi è un periodo di carenza di 3 anni.

Se una *malattia* o una *malattia professionale* sorge durante il periodo di carenza e perdura dopo tale periodo, una volta decorso il periodo di carenza sussiste il diritto a prestazioni.

5 Quando cambia o termina il diritto a 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*.

Disbrigo delle prestazioni

6 Chi esegue e come avviene la classificazione della necessità di cure?

La *persona assicurata* è tenuta a notificare il caso di sinistro all'assicuratore entro 14 giorni.

Successivamente l'assicuratore 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*, l'assicuratore conferisce l'incarico di valutare la *necessità di cure* a tale specialista.

Se la *persona assicurata* non è assistita da uno *specialista*, l'assicuratore 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 all'assicuratore per l'analisi.

L'assicuratore è autorizzato a controllare in qualsiasi momento la valutazione medica e la *necessità di cure*.

7 Come e dove sono dispensate le prestazioni?

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 l'assicuratore, le prestazioni assicurate sono corrisposte solamente se la cura avviene in Svizzera.



8 In quali casi non si corrispondono prestazioni?

In aggiunta alle esclusioni di prestazioni indicate al paragrafo 19, non vengono corrisposte prestazioni:

- in caso di una *necessità di cure* non riconducibile a una *malattia* o a un *infortunio*, segnatamente in caso di *maternità*, danni prenatali, *infermità congenite* e relative conseguenze dirette;
- in caso di degenza della *persona assicurata* in un *ospedale* (ad es. dovuta a un peggioramento temporaneo dello stato di salute);
- durante il periodo di carenza;
- 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).

9 Quali sono i miei obblighi, segnatamente in caso di sinistro?

Ogni caso di cura che può generare un diritto a prestazioni deve essere notificato all'assicuratore per iscritto entro 14 giorni. Occorre procedere nello stesso modo in caso di ogni modifica della *necessità di cure* e in caso di ricovero o dimissione dall'*ospedale*.

Se la *persona assicurata* non vi si attiene, l'assicuratore può ridurre le prestazioni o terminare la loro corresponsione. In caso di notifica tardiva della *necessità di cure*, il diritto alle prestazioni assicurate esiste al più presto a partire dalla ricezione della notifica. Su richiesta dell'assicuratore, la *persona assicurata* deve farsi visitare da un medico incaricato dall'assicuratore. Alla stessa stregua, l'assicuratore può conferire a *specialisti* l'incarico di controllare o rivalutare la *necessità di cure*.

Disposizioni generali

Durata dell'assicurazione

10 Quando inizia la copertura assicurativa?

La copertura assicurativa inizia il giorno indicato nella polizza.

La durata contrattuale minima è di un anno. Alla scadenza, il contratto si prolunga tacitamente di un ulteriore anno.

11 Quando si conclude il rapporto assicurativo?

Salvo patto contrario, l'assicurazione si estingue:

- in caso di disdetta alla fine dell'anno rispettando il preavviso pattuito;
- in caso di trasferimento del domicilio all'estero;
- in caso di decesso della *persona assicurata*.

12 Come posso disdire l'assicurazione?

La presente assicurazione può essere disdetta per iscritto alla fine di un anno civile, dopo una durata dell'assicurazione ininterrotta di un anno, rispettando un preavviso di tre mesi.

La disdetta è avvenuta entro i termini se è pervenuta all'assicuratore al più tardi l'ultimo giorno lavorativo del mese precedente l'inizio del termine di disdetta di tre mesi.

Dopo ogni caso di sinistro per il quale l'assicuratore corrisponde una prestazione, il contraente può disdire per iscritto la presente assicurazione entro 14 giorni dal pagamento dell'indennizzo o dall'avvenuta conoscenza di tale versamento. La copertura assicurativa si estingue con la ricezione della disdetta da parte dell'assicuratore.

I contraenti che non sono d'accordo con un adeguamento dell'assicurazione secondo il paragrafo 13 o con una modifica del premio secondo il paragrafo 15 delle condizioni d'assicurazione possono disdire il presente prodotto assicurativo alla data della modifica. Se entro 30 giorni dalla ricezione della comunicazione di modifica l'assicuratore non riceve nessuna disdetta scritta, ciò vale quale conferma dell'accettazione. Le modifiche dei premi dovute al cambiamento di domicilio non danno diritto alla disdetta straordinaria di cui sopra.

L'assicuratore rinuncia al diritto, che gli spetta per legge, di disdire il contratto in caso di sinistro e alla scadenza del contratto. Resta salvo il recesso in caso di comportamento contraveniente agli accordi contrattuali.

13 Quando può l'assicuratore adeguare il rapporto assicurativo e segnatamente le CA?

L'assicuratore è autorizzato ad adeguare le condizioni d'assicurazione a seguito di uno dei seguenti motivi:

- ampliamento del numero o riconoscimento di nuovi generi di fornitori di prestazioni;
- sviluppi della medicina moderna e dell'assistenza;
- riconoscimento di forme di terapie o di assistenza nuove o più costose;
- modifiche delle prestazioni nell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie o introduzione di un'assicurazione obbligatoria per cure e assistenza.

Se le condizioni d'assicurazione vengono adeguate per tali motivi, le nuove condizioni valgono per il contraente e per l'assicuratore. L'assicuratore comunica tali adeguamenti per iscritto ai contraenti.



Premio

14 Come viene riscosso il premio?

Il premio deve essere pagato anticipatamente per l'intero anno civile.

Per le stipulazioni di assicurazioni nel corso di un anno civile, il premio è riscosso per il periodo residuo.

Il mese di entrata e quello di uscita vanno pagati per intero.

15 Quando e come viene adeguato il premio?

L'assicuratore può ridefinire annualmente le tariffe dei premi in base allo sviluppo dei costi, all'andamento dei sinistri e all'adeguamento dell'estensione della copertura. L'assicuratore comunica tali adeguamenti per iscritto ai contraenti.

Se un cambiamento di domicilio comporta un adeguamento del premio, il premio viene adeguato al momento del cambiamento di domicilio.

16 Che cosa succede se non si paga entro i termini?

Se il contraente non ottempera ai suoi obblighi di pagamento, egli verrà esortato per iscritto a pagare l'importo entro 14 giorni dall'invio del sollecito, indipendentemente da eventuali accordi di pagamento rateale. Se il sollecito resta senza effetto, l'obbligo di prestazione viene sospeso a partire dal termine indicato nel sollecito. L'assicuratore si riserva inoltre il diritto di recedere dall'assicurazione.

Per le *malattie*, gli *infortuni* e le loro conseguenze inforti durante la sospensione dell'obbligo di erogare prestazioni non esiste un diritto a prestazioni neppure se il premio è pagato successivamente.

Il contraente è tenuto a risarcire all'assicuratore, con un importo di almeno CHF 50.–, l'onere amministrativo supplementare causato all'assicuratore dalla procedura di sollecito.

Se l'assicuratore deve inoltrare una domanda d'esecuzione, il contraente deve risarcire, con un importo di almeno CHF 150.–, oltre alle spese di esecuzione, l'onere amministrativo supplementare che ne deriva per l'assicuratore.

17 Quando sussiste un diritto al rimborso del premio?

Se il premio è stato pagato in anticipo per una determinata durata d'assicurazione e il contratto si estingue, per motivi legali o previsti dalle norme contrattuali, prima della fine di tale durata, l'assicuratore rimborsa il premio relativo al periodo d'assicurazione non fruito.

Non sussiste il diritto al rimborso se il contratto era in vigore da meno di un anno e la *persona assicurata* ha disdetto il contratto.

18 Si possono compensare premi con prestazioni, cedere o costituire in pegno prestazioni?

Contrariamente alla *persona assicurata* nei confronti dell'assicuratore, quest'ultimo ha il diritto alla compensazione nei confronti della *persona assicurata*. Le prestazioni possono essere costituite validamente in pegno o cedute a terzi soltanto previa approvazione scritta dell'assicuratore.

Esclusioni di prestazioni

19 Che cosa non è assicurato?

In aggiunta alle esclusioni di prestazioni indicate al paragrafo 8, non vengono corrisposte prestazioni in caso di:

- *malattie*, *infortuni* e le loro conseguenze;
 - esistenti già al momento della stipulazione dell'assicurazione;
 - inforti dopo l'estinzione dell'assicurazione;
 - che continuano dopo l'estinzione della copertura assicurativa, anche se sono già state corrisposte prestazioni durante la durata contrattuale;
- riconducibili a un *pericolo straordinario* o a un *atto temerario*;
- a seguito del consumo di alcol, medicinali, droghe e sostanze chimiche;
- a seguito di eventi bellici in Svizzera e nel Principato del Liechtenstein;
- a seguito di eventi bellici all'estero, a meno che la *persona assicurata* si ammali o sia vittima d'*infortunio* entro 14 giorni dall'inizio di tali eventi nel paese nel quale soggiorna e sia stata colta di sorpresa dall'inizio delle ostilità belliche;
- trattamenti e operazioni estetiche;
- danni alla salute causati dall'azione di radiazioni ionizzanti e dall'energia atomica;
- automutilazione e tentativo di suicidio;
- cagionamento intenzionale del sinistro. Se il sinistro è provocato da negligenza grave, l'assicuratore può ridurre le prestazioni corrispondentemente al grado di colpa.



Protezione dei dati

20 Cosa succede con i miei dati?

Helsana Assicurazioni integrative SA e le altre società del gruppo Helsana utilizzano le informazioni relative alle persone assicurate per l'esecuzione del contratto, nonché per la consulenza e l'assistenza personale ai pazienti ma anche per migliorare continuamente la qualità dei prodotti e dei servizi offerti alle persone assicurate potenziali, esistenti e precedenti.

L'assicuratore può anche conferire un incarico per il trattamento dei dati.

Per soddisfare al meglio le esigenze molteplici e individuali delle persone assicurate e per offrire prodotti e servizi di Helsana Assicurazioni integrative SA, delle società del gruppo Helsana o dei partner (citati nominativamente sul sito Internet dell'assicuratore) convenienti o interessanti per le persone assicurate potenziali, esistenti o precedenti, i dati vengono valutati mediante metodi matematici e statistici per formare gruppi di clienti in base alle esigenze.

Helsana Assicurazioni integrative SA e le altre società del gruppo Helsana sono dunque anche esplicitamente autorizzate a consultare l'eventuale dossier dell'assicurazione di base e/o di quelle integrative e a trattarlo (solo) nell'ambito delle assicurazioni integrative per gli scopi summenzionati.

21 Chi fa parte del gruppo Helsana?

Sono membri del gruppo Helsana: Helsana Assicurazioni SA, Helsana Assicurazioni integrative SA, Helsana Infortuni SA, Progrès Assicurazioni SA, Helsana Partecipazioni SA e Procure Previdenza SA.

22 Quali sono i partner del gruppo Helsana?

Gli attuali partner di Helsana Assicurazioni integrative SA o del gruppo Helsana sono riportati sul sito Internet dell'assicuratore.

23 I dati personali sono forniti a terzi?

Helsana Assicurazioni integrative SA e il gruppo Helsana sono soggetti a disposizioni particolarmente severe sulla protezione dei dati. Pertanto, in linea di massima, non vengono rese note informazioni personali a terzi al di fuori del gruppo Helsana. Vengono fatte eccezioni solo nei casi in cui una disposizione di legge prevede esplicitamente o autorizza una comunicazione dei dati.

24 Per quanto tempo vengono conservati i dati personali?

I dati personali vengono trattati e conservati in una banca dati o su carta per il tempo necessario previsto dalle disposizioni legali o contrattuali. In seguito i dati personali vengono eliminati.

Comunicazioni

25 Come vengo informato e come si informa l'assicuratore?

Le comunicazioni dirette all'assicuratore devono essere inviate all'indirizzo indicato nella polizza.

La persona assicurata riceve le comunicazioni dell'assicuratore all'ultimo indirizzo in Svizzera segnalato. Ulteriori informazioni, come ad esempio sulle modifiche delle presenti condizioni d'assicurazione, sono pubblicate nel sito Internet dell'assicuratore e nell'allegato annuale alla polizza.

Obblighi della persona assicurata e del contraente

26 Quali obblighi ho in qualità di contraente?

Sul formulario di proposta occorre indicare, in modo veritiero e completo, tutti i fatti rilevanti per la valutazione del pericolo nella misura in cui sono noti o devono essere noti al momento della stipulazione dell'assicurazione. In caso di dichiarazioni inesatte o reticenti, l'assicuratore può disdire il contratto con una dichiarazione scritta entro quattro settimane dal momento in cui viene a conoscenza della reticenza.

Se l'assicurazione viene sciolta mediante disdetta, si estingue anche l'obbligo a prestazioni dell'assicuratore per quanto concerne danni già occorsi la cui causa o entità è stata influenzata da un fatto rilevante taciuto o dichiarato inesattamente. Se l'obbligo a prestazioni è già stato adempiuto, l'assicuratore ha diritto a un rimborso.

Per quanto riguarda le richieste di informazioni, il proponente e la *persona assicurata* esonerano dall'obbligo del segreto previsto dalla legge i fornitori di prestazioni, gli assicuratori malattia e gli altri uffici competenti e li autorizzano a fornire all'assicuratore le informazioni richieste.

I cambiamenti di domicilio vanno comunicati all'assicuratore entro un mese.

In caso di sinistro, la *persona assicurata* deve intraprendere tutto quello che è atto a favorire la guarigione ed evitare tutto quello che la ritarda. Segnatamente deve attenersi alle prescrizioni dei medici e del personale infermieristico. Se la *persona assicurata* non si attiene all'obbligo di salvataggio, l'assicuratore può ridurre le prestazioni conformemente al grado di colpa.

Foro competente

27 Dove si trova il foro competente?

Le azioni derivanti dal contratto assicurativo possono essere promosse, a scelta, presso il tribunale del domicilio svizzero della persona assicurata o della sede dell'assicuratore.

Diritto di disdetta particolare

28 Quando vi è un diritto di disdetta particolare?

Per le coperture assicurative in vigore prima del 1° gennaio 2008, il contraente ha il diritto di disdire l'intero contratto in deroga al paragrafo 12 delle presenti CA.



Glossario

10 atti ordinari della vita

- 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

L'elencazione è esaustiva.

Aiuto di terzi

L'aiuto 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.

Aiuto notevole

Per il diritto a prestazioni, la *necessità di cure* deve raggiungere almeno il livello 1.

Atto temerario

Vi è atto temerario se la *persona assicurata* si espone a un pericolo particolarmente grave senza prendere o potere prendere le precauzioni per limitare il rischio a proporzioni ragionevoli. Sono tuttavia assicurati gli atti di salvataggio di persone, anche se si possono considerare temerari. È determinante l'elenco allestito dal Consiglio federale previsto dalla Legge sull'assicurazione contro gli infortuni (art. 39 LAINF).

Infermità congenite

Sono considerate infermità congenite le malattie presenti a nascita avvenuta.

Infortunio

È considerato infortunio qualsiasi influsso dannoso, improvviso e involontario, apportato al corpo umano da un fattore esterno straordinario che comprometta la salute fisica, mentale o psichica o che provochi la morte.

Sono considerati infortuni anche le *lesioni corporali parificabili ai postumi d'infortunio* e le *malattie professionali*.

Lesioni corporali parificabili ai postumi d'infortunio

Se non attribuibili indubbiamente a una *malattia* o a fenomeni degenerativi, le seguenti lesioni corporali sono equiparate all'infortunio, anche se non dovute a un fattore esterno straordinario:

- fratture;
- lussazioni di articolazioni;
- lacerazioni del menisco;
- lacerazioni muscolari;
- stiramenti muscolari;
- lacerazioni dei tendini;
- lesioni dei legamenti;
- lesioni del timpano.

L'elencazione è esaustiva.

Malattia

È considerata malattia qualsiasi danno alla salute fisica, mentale o psichica che non sia la conseguenza di un *infortunio* e che richieda un esame o una cura medica oppure provochi un'incapacità al lavoro.

Malattie professionali

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).

Maternità

La maternità comprende la gravidanza, il parto e la successiva convalescenza della madre.

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, di terzi per compiere i *10 atti ordinari della vita*.

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

Ospedale

Un ospedale è un istituto o reparto riconosciuto dalle autorità pubbliche per la cura di *malattie* acute o l'esecuzione stazionaria di provvedimenti di riabilitazione medica. Sono considerate ospedali anche le case da parto.

Pericolo straordinario

Una *persona assicurata* si espone a un pericolo straordinario nelle seguenti circostanze:

- partecipazione a disordini, atti terroristici, azioni belliche, oppure compimento del servizio militare all'estero;
- delitti o crimini commessi dolosamente;
- tentativo di commettere dolosamente delitti o crimini;
- partecipazione a risse e baruffe, a meno che persone assicurate non siano state ferite dai litiganti pur non avendo preso parte alla rissa oppure soccorrendo una persona indifesa;
- forte provocazione di terzi.

Persona(e) assicurata(e)

La persona o le persone indicate nella polizza.

Specialista

È considerato specialista qualsiasi infermiere diplomato riconosciuto e registrato quale fornitore di prestazioni secondo la Legge federale sull'assicurazione malattie (LAMal). A essi sono equiparati gli infermieri diplomati incaricati/impiegati dall'assicuratore.



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="checkbox"/> No, passi alla prossima domanda	-
		<input type="checkbox"/> Sì, passi alla domanda 2	0
	Il cliente necessita dell'aiuto di terzi per mangiare?	<input type="checkbox"/> Sì, ma solo per la preparazione del pasto	5
		<input type="checkbox"/> Sì, ma solo parzialmente (il cliente può compiere autonomamente determinati atti)	5
	<input type="checkbox"/> 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="checkbox"/> No, passi alla prossima domanda	-
		<input type="checkbox"/> Sì, passi alla domanda 3	0
	Il cliente necessita dell'aiuto di terzi per lavarsi?	<input type="checkbox"/> Sì, ma solo parzialmente (il cliente può compiere autonomamente determinati atti)	5
		<input type="checkbox"/> 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="checkbox"/> No, passi alla prossima domanda	-
		<input type="checkbox"/> Sì, passi alla domanda 4	0
	Il cliente necessita dell'aiuto di terzi per fare il bagno o la doccia?	<input type="checkbox"/> Sì, ma solo parzialmente (il cliente può compiere autonomamente determinati atti)	5
		<input type="checkbox"/> 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="checkbox"/> No, passi alla prossima domanda	-
		<input type="checkbox"/> Sì, passi alla domanda 5	0
	Il cliente necessita dell'aiuto di terzi per vestirsi?	<input type="checkbox"/> Sì, ma solo parzialmente (il cliente può compiere autonomamente determinati atti)	5
		<input type="checkbox"/> 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="checkbox"/> No, passi alla prossima domanda	-
		<input type="checkbox"/> Sì, passi alla domanda 6	0
	Il cliente necessita dell'aiuto di terzi per andare al gabinetto?	<input type="checkbox"/> Sì, ma solo parzialmente (il cliente può compiere autonomamente determinati atti)	5
		<input type="checkbox"/> 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?	<input type="checkbox"/> No, passi alla prossima domanda	-
	<input type="checkbox"/> Sì, passi alla domanda 7	0
	<input type="checkbox"/> Sì, ma solo se una persona sorveglia la situazione	5
	<input type="checkbox"/> Sì, ma solo parzialmente (il cliente può compiere autonomamente determinati atti)	5
Il cliente necessita dell'aiuto di terzi per spostarsi (dal letto alla sedia)?	<input type="checkbox"/> Sì, tutti gli atti devono essere eseguiti da un'altra persona (il cliente non può più fare niente autonomamente)	10
	<input type="checkbox"/> No, passi alla prossima domanda	-
	<input type="checkbox"/> Sì, passi alla domanda 8	0
	<input type="checkbox"/> Sì, ma solo parzialmente (il cliente può ancora camminare con l'aiuto di una persona)	5
7 Il cliente può camminare senza l'aiuto di terzi?	<input type="checkbox"/> Sì, il cliente non è più in grado di camminare, è necessario un aiuto completo (il cliente non può più fare niente autonomamente)	10
	<input type="checkbox"/> Sì, ma solo parzialmente (il cliente può ancora salire e scendere le scale con l'aiuto di una persona)	5
Il cliente necessita dell'aiuto di terzi per camminare?	<input type="checkbox"/> Sì, il cliente non è più in grado di salire e scendere le scale, è necessario un aiuto completo (il cliente non può più fare niente autonomamente)	10
	<input type="checkbox"/> Sì, passi alla domanda 9	0
8 Il cliente può salire e scendere le scale senza l'aiuto di terzi?	<input type="checkbox"/> Sì, ma solo parzialmente (il cliente può ancora salire e scendere le scale con l'aiuto di una persona)	5
	<input type="checkbox"/> No, passi alla prossima domanda	-
Il cliente necessita dell'aiuto di terzi per salire e scendere le scale?	<input type="checkbox"/> Sì, il cliente non è più in grado di salire e scendere le scale, è necessario un aiuto completo (il cliente non può più fare niente autonomamente)	10
	<input type="checkbox"/> Sì, passi alla prossima domanda	-
9 Il cliente soffre di incontinenza fecale ?	<input type="checkbox"/> No, passi alla domanda 10	0
	<input type="checkbox"/> Una volta a settimana o meno	5
Con quale frequenza il cliente soffre di incontinenza fecale?	<input type="checkbox"/> Più di una volta a settimana	10
	<input type="checkbox"/> Sì, passi alla prossima domanda	-
10 Il cliente soffre di incontinenza urinaria ?	<input type="checkbox"/> No (il questionario è concluso)	0
	<input type="checkbox"/> Una volta al giorno o meno	5
Con quale frequenza il cliente soffre di incontinenza urinaria?	<input type="checkbox"/> Più di una volta al giorno	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

