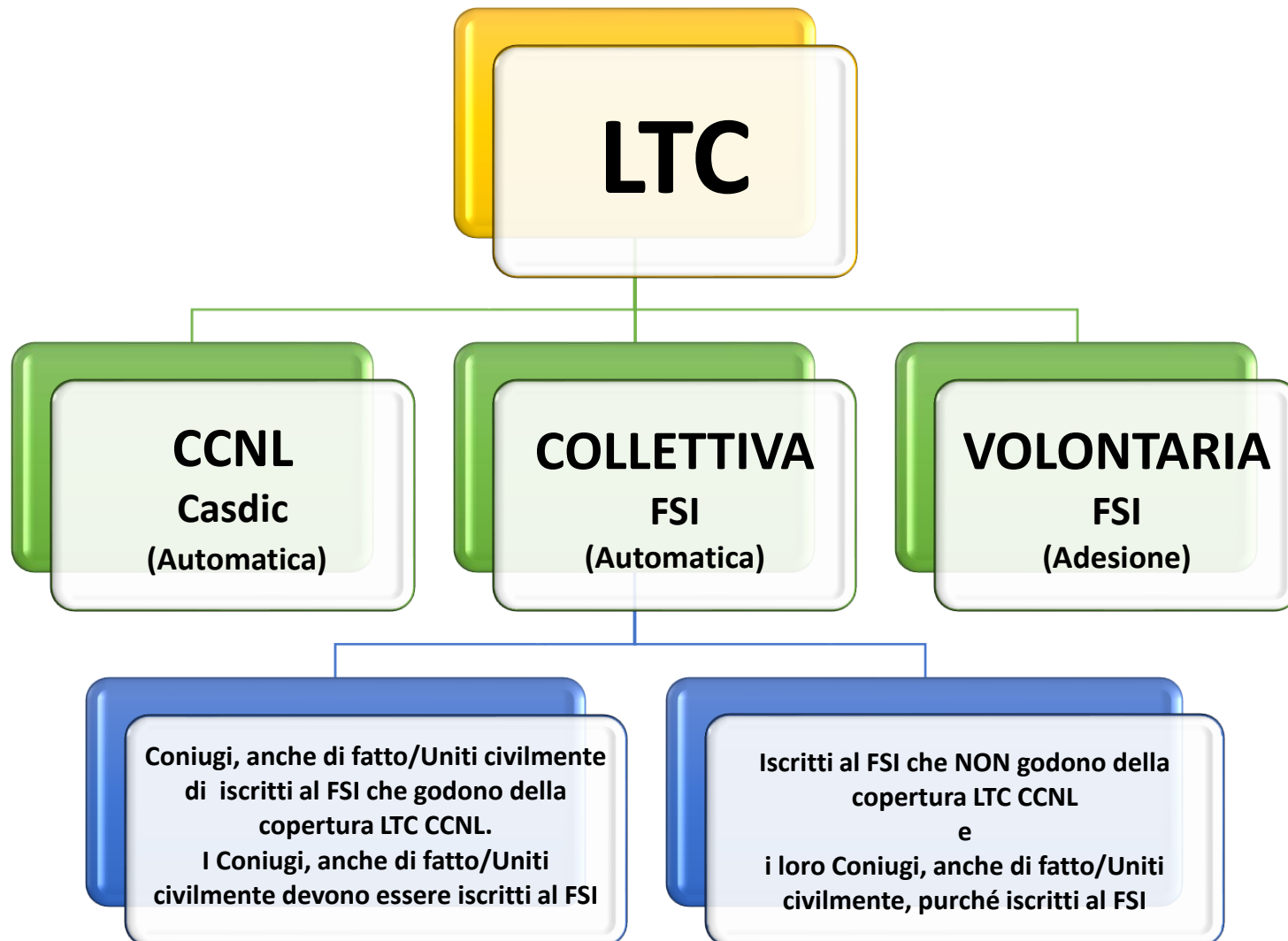


LE COPERTURE IN CASO DI PERDITA DELL'AUTOSUFFICIENZA

CHI E COSA COPRE LA cd "LONG TERM CARE"

Esistono tre diverse forme di copertura (tabelle riferite alla data del 1° aprile 2022):



LONG TERM CARE CCNL DI SETTORE

CHI COPRE

- ✓ Tutti i dipendenti in servizio di società alle quali viene applicato il CCNL del Credito
- ✓ Tutti gli "esodati" e pensionati delle medesime società cessati dal servizio successivamente al 1° gennaio 2008

CHI EROGA LE PRESTAZIONI E A CHI È NECESSARIO RIVOLGERSI IN CASO DI NECESSITÀ

- ✓ Casdic – Cassa Nazionale di Assistenza Sanitaria per i Dipendenti del Settore - Numero Verde 800.916.045

QUANDO SORGE IL DIRITTO ALLA PRESTAZIONE

- ✓ Con la perdita dell'autosufficienza, che avviene quando, in modo permanente o comunque per un periodo superiore a 90 giorni, la persona è incapace di svolgere da sola gli "atti elementari della vita quotidiana" quali lavarsi, vestirsi e svestirsi, provvedere all'igiene personale, deambulare, controllare le funzioni intestinali e urinarie, bere e mangiare. La non autosufficienza è determinata da un punteggio di almeno 40 punti in base a uno schema di valutazione funzionale che fa riferimento al grado di autonomia della persona.

QUALI PRESTAZIONI VENGONO ASSICURATE

- ✓ Rimborso di spese sanitarie ed assistenziali fino al massimo annuo di € 16.800

QUANTO COSTA

- ✓ Il costo della copertura è a totale carico delle aziende di credito

COME VERIFICARE DI ESSERE EFFETTIVAMENTE COPERTI DALLA LTC DI SETTORE

- ✓ Dall'home page del sito del Fondo Sanitario – www.fondosanitariointegrativogruppointesasanpaolo.it – accedere alla sezione "Long Term Care" e da lì alla sottosezione "LONG TERM CARE del CCNL del CREDITO";
- ✓ Cliccare sull'apposito riquadro per effettuare la verifica e compilare il *format* con i dati richiesti: Casdic invierà la conferma della copertura alla casella di posta elettronica indicata.
- ✓ Nella stessa sezione sono presenti la circolare Casdic con le "linee guida" e i moduli per la richiesta della prestazione.

Non è necessario essere iscritti al Fondo Sanitario del Gruppo Intesa Sanpaolo per essere coperti dalla LTC del settore del credito

LONG TERM CARE COLLETTIVA ED “OBBLIGATORIA”

Esistono due diverse coperture, che si differenziano in base al fatto che il titolare del nucleo iscritto al Fondo Sanitario:

- sia coperto dalla LTC del CCNL (**caso A**), oppure
- non sia coperto dalla LTC del CCNL (**caso B**)

CASO A)	CASO B)
CHI COPRE ✓ I CONIUGI/UNITI CIVILMENTE/CONIUGI DI FATTO DI ISCRITTI AL FONDO SANITARIO ISP E TITOLARI DI COPERTURA LTC DEL CCNL. I CONIUGI/UNITI CIVILMENTE/CONIUGI DI FATTO DEVONO ESSERE RESI BENEFICIARI AL FONDO SANITARIO ISP.	CHI COPRE ✓ GLI ISCRITTI AL FONDO SANITARIO ISP CHE NON SONO TITOLARI DI COPERTURA LTC DEL CCNL ✓ I LORO CONIUGI/UNITI CIVILMENTE/CONIUGI DI FATTO RESI BENEFICIARI AL FONDO SANITARIO ISP.
CHI EROGA LE PRESTAZIONI E A CHI È NECESSARIO RIVOLGERSI IN CASO DI NECESSITÀ In caso di necessità - entro i 90 gg. dall'insorgenza dello stato di non autosufficienza- effettuare denuncia di sinistro a: Fondo Sanitario + Broker + Compagnia Assicurativa UNIPOL-SAI	CHI EROGA LE PRESTAZIONI E A CHI È NECESSARIO RIVOLGERSI IN CASO DI NECESSITÀ In caso di necessità - entro 30 gg. dall'insorgenza dello stato di non autosufficienza- prendere contatto con Unisalute Spa e spedire il modulo di attivazione copertura
QUANDO SORGE IL DIRITTO ALLA PRESTAZIONE Con la perdita dell'autosufficienza, che è l'incapacità di svolgere, anche parzialmente, gli atti elementari della vita quotidiana come farsi il bagno, vestirsi e svestirsi, igiene del corpo, mobilità, continenza, bere e mangiare. La non autosufficienza è riconosciuta con almeno 40 punti su un totale di 60, derivanti da uno schema di valutazione funzionale del grado di autonomia dell'assicurato. La non autosufficienza deve perdurare almeno 90 giorni dalla data di denuncia.	QUANDO SORGE IL DIRITTO ALLA PRESTAZIONE Con la perdita consolidata dell'autosufficienza, che è l'impossibilità fisica totale e permanente di effettuare, anche solo parzialmente, gli atti elementari della vita quotidiana come lavarsi, vestirsi e svestirsi, andare al bagno e usarlo, spostarsi, continenza, nutrirsi. La non autosufficienza è riconosciuta con almeno 40 punti su un totale di 60, derivanti da un questionario di valutazione funzionale dello stato di autonomia dell'assicurato. L'indennizzo sarà riconosciuto se l'assicurato sarà ancora in vita dopo 60 giorni dalla denuncia.
QUALI PRESTAZIONI VENGONO ASSICURATE Rendita di € 1.200 mensili – Carenza di copertura per i primi 90 gg. dall'attivazione	QUALI PRESTAZIONI VENGONO ASSICURATE Rimborso spese di natura assistenziale fino ad € 275 mensili – Non sono previsti periodi di carenza
CHE ETÀ MASSIMA PUÒ AVERE L'ASSICURATO Non è previsto un limite all'età dell'assicurato	CHE ETÀ MASSIMA DEVE AVERE L'ASSICURATO Non è previsto un limite all'età dell'assicurato
QUALI SONO LE ESCLUSIONI DALLA GARANZIA Sono previste delle esclusioni per le quali invitiamo a consultare la documentazione contrattuale presente sul sito del Fondo.	QUALI SONO LE ESCLUSIONI DALLA GARANZIA Sono previste delle esclusioni per le quali invitiamo a consultare la documentazione contrattuale presente sul sito del Fondo.
QUANTO COSTA E COME SI ATTIVA € 10 annui addebitati automaticamente dal Fondo Sanitario ISP a tutti i propri iscritti (compresi coloro che non hanno inserito nel nucleo il coniuge/unito civilmente/coniuge di fatto). Per beneficiare della LTC Collettiva, il coniuge/unito civilmente/coniuge di fatto deve essere iscritto al Fondo Sanitario. Non è necessario effettuare alcuna formalità di iscrizione.	QUANTO COSTA E COME SI ATTIVA € 30 annui per il titolare del nucleo iscritto al Fondo Sanitario ISP e – in aggiunta – € 30 per il coniuge/unito civilmente/coniuge di fatto inserito nel nucleo. L'addebito viene effettuato d'ufficio dal Fondo Sanitario ISP. Per beneficiare della LTC Collettiva, il coniuge/unito civilmente/coniuge di fatto deve essere iscritto al Fondo Sanitario. Non è necessario effettuare alcuna formalità di iscrizione.
A CHI CHIEDERE CHIARIMENTI SULLE MODALITÀ DI DENUNCIA O SULLO STATO DI NON AUTOSUFFICIENZA È possibile contattare il Broker AON Spa – Ufficio Sinistri Employee Benefits – Via Ernesto Calindri 6 – 20143 Milano. E-mail: denunciasinistriitlc@aon.it	A CHI CHIEDERE CHIARIMENTI SULLE MODALITÀ DI DENUNCIA Contattare il numero verde Unisalute 800-009918 (dall'estero 0516389046) e successivamente produrre il fascicolo di apertura sinistro completo della documentazione richiesta a mezzo raccomandata a.r.
Sul sito del Fondo Sanitario www.fondosanitariointegrativogruppointesasanpaolo.it – sezione “Long Term Care” – sottosezione “Long Term Care Collettiva” sono consultabili tutte le informazioni e le specifiche del caso.	

LONG TERM CARE VOLONTARIA

CHI COPRE

- ✓ Tutti i titolari iscritti al Fondo Sanitario ISP, che la possono estendere anche a tutti i propri famigliari, purché iscritti al Fondo Sanitario ISP
 - I beneficiari devono aver compiuto 18 anni e – al momento dell’inserimento – non devono aver compiuto 71 anni.

QUANTO COSTA

- ✓ Il costo della copertura - che è a totale carico degli interessati – è di € 68 annui a persona assicurata
 - Una volta coperti, si può continuare a rimanere assicurati anche dopo il compimento dei 71 anni

QUALI LIMITAZIONI/FORMALITÀ VENGONO PRATICATE

- ✓ Per gli aderenti di età superiore a 55 anni è prevista la compilazione di un questionario anamnestico
- ✓ Per gli aderenti di età inferiore a 55 anni, pur non essendo richiesta la compilazione del questionario, valgono comunque delle limitazioni connesse ad alcune patologie eventualmente sofferte al momento dell’ingresso in assicurazione (sul sito del Fondo Sanitario ISP sono consultabili tutte le specifiche del caso)
- ✓ Non sono di norma assicurabili le persone già colpite da invalidità, anche in fase di accertamento: raccomandiamo conseguentemente di consultare tutta la documentazione pubblicata sul sito del Fondo Sanitario ISP

QUANDO SORGE IL DIRITTO ALLA PRESTAZIONE

- ✓ Con la perdita dell’autosufficienza, che è l’incapacità di svolgere, anche parzialmente, gli atti elementari della vita quotidiana, quali fare il bagno o la doccia, vestirsi e svestirsi, andare alla toilette e provvedere alla propria igiene personale, alzarsi e deambulare, controllare le funzioni intestinali e urinarie, bere e mangiare.
- ✓ Lo stato di non autosufficienza è riconosciuto quando l’assicurato raggiunge un punteggio di almeno 40 su un totale di 60 punti, derivanti dalla compilazione di una apposita tabella.

QUALI PRESTAZIONI VENGONO ASSICURATE

- ✓ Rendita annua di € 12.000 liquidata in rate mensili da € 1.000
 - Questa prestazione si intende aggiuntiva e cumulabile con quelle erogate dalla LTC di settore (CCNL) e dalla LTC obbligatoria

CHI EROGA LE PRESTAZIONI E A CHI È NECESSARIO RIVOLGERSI IN CASO DI NECESSITÀ

- ✓ Compagnia Assicurativa Generali – con la quale ogni singolo beneficiario dovrà sottoscrivere autonomamente la polizza sul sito della compagnia assicurativa

Sul sito del Fondo Sanitario www.fondosanitariointegrativogrupppointesasanpaolo.it – sezione “Long Term Care” – sottosezione “Long Term Care Volontaria” sono consultabili tutte le informazioni e le specifiche del caso.

Nota: i beneficiari delle polizze LTC Fondo pensione BRE e LTC Fondo Assistenza UBI continueranno a fruire delle stesse coperture già in vigore (con le medesime caratteristiche, premi e condizioni).

Per queste due polizze non sono previste nuove iscrizioni, e devono quindi intendersi a “perimetro chiuso” (non sono possibili nuove adesioni).