

**DOMANDA DI RICONOSCIMENTO DELLA PERDITA DI AUTOSUFFICIENZA
(LONG TERM CARE)**

Il presente modulo dovrà essere inviato a mezzo lettera raccomandata con ricevuta di ritorno:
RBM ASSICURAZIONE SALUTE S.p.A.
Via Enrico Forlanini n. 24 – Località Borgo Verde – 31022 Preganziol (TV)

DATI ANAGRAFICI TITOLARE DELLA COPERTURA

Cognome _____ Nome _____
Nato/a _____ il _____ Sesso M F Codice Fiscale _____
Residente a _____ Provincia _____
Cap _____ in Via/Piazza _____ n° _____
Tel _____ Cell _____ E-mail _____ @ _____

DATI ANAGRAFICI FAMILIARE PER IL QUALE SI RICHIEDE IL RICONOSCIMENTO DELLA PERDITA DI AUTOSUFFICIENZA

Cognome _____ Nome _____
Nato/a _____ il _____ Sesso M F Codice Fiscale _____

DATI ANAGRAFICI DEL TUTORE/PROCURATORE (SE NOMINATO)

Cognome _____ Nome _____
Nato/a _____ il _____ Sesso M F Codice Fiscale _____
Residente a _____ Provincia _____
Cap _____ in Via/Piazza _____ n° _____
Tel _____ Cell _____ E-mail _____ @ _____

chiede il riconoscimento della perdita di autosufficienza

A tal proposito allega alla presente duplice copia di:

- fotocopia di un documento di identità valido;
- fotocopia codice fiscale;
- certificato che attesti la perdita di autosufficienza redatto dal medico curante su apposito modello fornito dalla società (Modello 1);
- relazione medica sulle cause della perdita di autosufficienza redatto dal medico curante su apposito modello fornito dalla società (Modello 2);
- 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 documentazione comprovante lo status di tutore/procuratore (decreto di nomina, procura speciale/generale) corredata dai suoi dati anagrafici (nome, cognome, data di nascita e codice fiscale).

Il pagamento della prestazione assicurata avverrà tramite accredito su c/c bancario intestato all'affiliato/beneficiario (indicare le coordinate):

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Luogo e data della richiesta

Firma dell'Assistito o del Tutore/ Procuratore (se nominato)

Il sottoscritto dichiara di assumersi ogni responsabilità in merito alla veridicità, completezza precisione delle informazioni fornite, anche se scritte da altri, necessarie all'accertamento del suo stato di non autosufficienza e che non ha taciuto, omesso od alterato alcuna circostanza in relazione alle dichiarazioni rese.

Il sottoscritto, infine, dichiara di aver già prestato il consenso al trattamento dei suoi dati personali, anche sensibili, a RBM Assicurazione Salute e di ogni altro soggetto da questa incaricato, per la gestione dei flussi operativi necessari per evadere la presente richiesta di assistenza per *long term care*.

Luogo e data

Firma dell'Assistito o del Tutore/ Procuratore (se nominato)

Si ricorda inoltre che:

- dalla data di ricevimento di tale documentazione, decorre il *periodo di accertamento* che, in ogni caso, non può superare i 60 giorni;
- la Società si riserva di richiedere all'Assistito informazioni sulle predette cause e ulteriore documentazione in considerazione di specifiche esigenze istruttorie;
- in caso di accoglimento della richiesta e di erogazione della prestazione l'Assistito dovrà produrre annualmente un certificato di esistenza in vita;
- in caso di accoglimento della richiesta e di erogazione della prestazione, la Società si riserva di richiedere all'Assistito, con cadenza annuale, accertamenti medici che attestino la permanenza di non autosufficienza.

Consenso al trattamento dei dati personali ai sensi della normativa vigente in materia

Ricevuta l'informativa ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679, **ACCONSENTO** al trattamento e alla comunicazione dei miei dati personali e sensibili necessari per la gestione e la liquidazione dei sinistri previsti nella copertura sanitaria a cui aderisco, ai soggetti coinvolti nel flusso operativo, Strutture Sanitarie, Medici Professionisti, Società di servizi, Broker, Previmedical S.p.A., RBM Assicurazione Salute S.p.A. e nei limiti delle competenze dagli stessi esercitate.

CERTIFICATO ATTESTANTE LA PERDITA DI AUTOSUFFICIENZA
(Modello 1)

Dott. _____

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

Cognome e Nome dell'Assistito: _____
nato/a _____ il _____
residente a _____ in via _____ prov. _____
cap _____ telefono _____ età (anni) _____

DOMANDE	RISPOSTE DEL MEDICO
1. a. E' il medico curante dell'Assistito? b. Da quando?	1. a. b.
2. a. A quando risale l'ultima visita all'affiliato/ beneficiario? b. Quale ne era la causa?	2. a. b.
3. E' parente dell'Assistito? Se sì, di quale grado?	3.
4. a. L'Assistito ha sofferto in passato di malattie o disturbi clinicamente rilevanti? Se sì, quando? b. Quale ne fu la durata e la terapia praticata? c. Sono residuati postumi?	4. a. b. c.
5. a. L'Assistito è mai stato ricoverato in ambiente ospedaliero? b. In che occasione e per quale motivo?	5. a. b.
6. a. E'a Sua conoscenza che l'Assistito abbia consultato altri medici? Quali medici? b. Quando e per quali malattie?	6. a. b.
7. a. Ha mai subito interventi chirurgici? b. Per quale ragione? c. Infortuni clinicamente rilevanti?	7. a. b. c.
8. Sono residuati sintomi o deficit funzionali?	8.
9. a. L'Assistito ha seguito una terapia che comporta assunzione di farmaci? Se sì, che tipo di farmaci? b. Ne fa ancora uso?	9. a. b.

10. L'Assistito è in grado di farsi il bagno e/o la doccia in modo completamente autonomo?	10.
11. L'Assistito necessita di assistenza per entrare nella e/o uscire dalla vasca da bagno/doccia?	11.
12. L'Assistito necessita di assistenza per entrare nella e/o uscire dalla vasca da bagno/doccia e durante l'attività stessa del farsi il bagno?	12.
13. L'Assistito è in grado di vestirsi e di svestirsi in modo completamente autonomo?	13.
14. L'Assistito necessita di assistenza per vestirsi e svestirsi solo per la parte superiore del corpo o solo per la parte inferiore del corpo?	14.
15. L'Assistito necessita di assistenza per vestirsi e svestirsi sia per la parte superiore del corpo che per la parte inferiore del corpo?	15.
16. L' Assistito è in grado di svolgere autonomamente e senza assistenza da parte di terzi i seguenti gruppi di attività identificati con (1), (2), e (3): (1) andare al bagno? (2) lavarsi, lavarsi i denti, pettinarsi, asciugarsi, radersi? (3) effettuare atti di igiene personale dopo essere andato in bagno?	16..... (1)..... (2)..... (3).....
17. L' Assistito necessita di assistenza per almeno 1 e al massimo 2 dei suindicati gruppi di attività (1), (2), e (3)?	17.
18. L' Assistito necessita di assistenza per tutti i suindicati gruppi di attività (1), (2), e (3)?	18.
19. L'Assistito è in grado di alzarsi autonomamente dalla sedia e dal letto e di muoversi senza l'assistenza di terzi?	19.
20. L' Assistito necessita di assistenza per muoversi, eventualmente anche di apparecchi ausiliari tecnici come ad esempio la sedia a rotelle, le stampelle? (E' però in grado di alzarsi autonomamente dalla sedia e dal letto)	20.
21. L' Assistito necessita di assistenza per alzarsi dalla sedia e dal letto e per muoversi?	21.
22. L' Assistito è completamente continente?	22.

23. L' Assistito presenta incontinenza di urina o feci al massimo 1 volta al giorno?	23.
24. L' Assistito è completamente incontinente? Vengono utilizzati aiuti tecnici? Se sì, quali?	24.
25. L' Assistito è completamente e autonomamente in grado di consumare bevande e cibi preparati e serviti?	25.
26. L' Assistito necessita di assistenza per 1 o più delle seguenti attività preparatorie: <input type="checkbox"/> Sminuzzare/tagliare il cibo; <input type="checkbox"/> Sbucciare la frutta; <input type="checkbox"/> Aprire un contenitore/una scatola; <input type="checkbox"/> Versare bevande nel bicchiere.	26. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
27. L' Assistito non è in grado di bere autonomamente dal bicchiere e mangiare dal piatto. Fa parte di questa categoria l'alimentazione artificiale.	27.
28. L' Assistito vive da solo?	28.
29. L' Assistito vive con familiari/altre persone? Quali?	29.
30. Dove vive l' Assistito (appartamento, casa. ecc.) ? A che piano? C'è l' ascensore? Lo usa abitualmente?	30.
31. L' Assistito presenta condizioni generali di salute Buone, Ottime o Scadenti?	31.
32. Esiste qualche anomalia manifesta delle capacità cognitive (pensiero, orientamento, giudizio, ricordi)? a. Esito Test Memoria Recente b. Esito Test Stato Mentale	32. a. b.

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)

RELAZIONE MEDICA SULLE CAUSE DELLA PERDITA DI AUTOSUFFICIENZA
(Modello 2)

Nome e Cognome del Medico Curante _____

Nome e Cognome dell'Assistito _____

N.B. — La presente relazione dovrà essere corredata da tutta la documentazione clinica (ricoveri, visite specialistiche, accertamenti strumentali) che ha portato alla definizione della/e patologia/e causa della perdita dell'autosufficienza.

Qualora la perdita di autosufficienza sia stata causata da infortunio o altra causa accidentale esterna (incidente stradale, incidente sul lavoro, accidenti non sul lavoro, ecc.) dovrà essere prodotta, in aggiunta a quanto sopra richiesto, idonea documentazione comprovante il verificarsi dell'evento (verbali della competente autorità, ritagli di giornale, referti medico legali, ecc.).

E' Lei il Medico abituale dell'Assistito? _____

Da quale epoca? _____

E' parente dell'Assistito? Se si, di quale grado? _____

Quando ha cominciato a curare l'Assistito? Per quali malattie? A quali cure lo ha sottoposto?

Quali altri medici lo hanno visitato e a quali cure lo hanno sottoposto?

Quale è stato l'evento che ha portato alla perdita di autosufficienza? Quando si è verificato?

Quale è stata la sintomatologia all'inizio della malattia e quale il suo decorso?

Quali esami sono stati eseguiti durante il decorso? (indicare le date, le visite specialistiche, gli esiti degli accertamenti strumentali e di laboratorio ed i risultati diagnostici ottenuti):

Periodi degli eventuali ricoveri ospedalieri (indicare, inoltre, il nome dell'ospedale o della Casa di Cura):

Durante questi ricoveri quali esami sono stati eseguiti? Con quale risultato?

Quali diagnosi sono state fatte? Quali patologie sono state riscontrate?

Luogo e data _____

Il Medico Curante

(firma e timbro)

(DOMICILIO)