

CONDIZIONI GENERALI

**PER L'EROGAZIONE
DELL'INDENNITÀ IN CASO DI INFORTUNIO, MALATTIA E RICOVERO
(PARTE I)**

**A COPERTURA
DEGLI STATI DI NON AUTOSUFFICIENZA
LONG TERM CARE
(PARTE II)**

PARTE PRIMA

DISCIPLINA PER L'EROGAZIONE DELLE INDENNITÀ PER INFORTUNIO, MALATTIA E RICOVERO

DEFINIZIONI

<u>Accordi Economici Collettivi</u>	Accordi Economici Collettivi per la disciplina del rapporto di agenzia e rappresentanza commerciale, nonché relative convenzioni economiche, vigenti alla data dell'evento di cui si richiede l'indennizzo.
<u>Carenza</u>	Periodo durante il quale le garanzie previste nel presente documento non sono efficaci.
<u>Cartella Clinica</u>	Documento ufficiale avente la natura di atto pubblico, contenente le generalità del paziente per esteso, diagnosi di ingresso e diagnosi di dimissione, anamnesi patologica remota e prossima, terapie effettuate, interventi chirurgici, esami e diario clinico, la Scheda di Dimissione Ospedaliera (S.D.O.).
<u>Data evento</u>	la data in cui si verifica l'evento dannoso che dà luogo alla richiesta di indennizzo.
<u>Data fine evento</u>	in caso di indennità da intervento chirurgico la data di dimissione ospedaliera o l'ultimo giorno di convalescenza domiciliare certificato dalla lettera di dimissione ospedaliera o, il prolungamento della degenza risultante dal certificato del medico curante ; in caso di indennità da ricovero a seguito di malattia ultimo giorno di degenza certificato dalla cartella clinica, dal verbale di pronto soccorso, o ultimo giorno di convalescenza domiciliare certificato dalla lettera di dimissione ospedaliera o, in caso di prolungamento della degenza, dal certificato del medico curante; in caso di cicli di chemioterapia - radioterapia ultimo giorno di somministrazione del farmaco risultante dal certificato medico; in caso di degenza domiciliare da infortunio ultimo giorno di degenza certificato dal verbale di Pronto Soccorso o dalla lettera di dimissione ospedaliera attestante la degenza; in caso di applicazione di punti sutura, collare o presidio medico, la data di rimozione (punti, collare, gesso, tutore).
<u>Day Hospital</u>	Le prestazioni sanitarie relative a terapie chirurgiche e praticate in istituto di cura in regime di degenza diurna e certificate da documentazione clinica completa o da referto operatorio. Non è considerato Day Hospital la permanenza in Istituto di Cura presso il Pronto Soccorso.
<u>Degenza Domiciliare</u>	La convalescenza trascorsa a domicilio su prescrizione risultante da Verbale di Pronto soccorso, lettera di dimissione o certificato medico. Nei casi previsti dalla lettera C per il riconoscimento dell'indennizzo viene considerato

CONDIZIONI GENERALI DI COPERTURA

PER L'EROGAZIONE DELL'INDENNITÀ IN CASO DI MALATTIA, INFORTUNIO E RICOVERO - A COPERTURA DEGLI STATI DI NON AUTOSUFFICIENZA LONG TERM CARE

esclusivamente il periodo di applicazione dei punti o del dispositivo medico (tutore, gesso, collare, punti).

<u>Eredi</u>	Soggetti di cui all'art. 565 del Codice civile e seguenti.
<u>Fondazione</u>	Fondazione Enasarco con sede in Roma, via Antoniotto Usodimare, n. 31.
<u>Franchigia</u>	L'importo prestabilito che, in caso di evento indennizzabile, l'Isritto tiene a suo carico e per il quale la Fondazione non riconosce l'Indennizzo.
<u>Inabilità Temporanea</u>	Incapacità parziale o totale di attendere alle ordinarie occupazioni.
<u>Indennità/Indennizzo</u>	Importo economico prestabilito erogato dalla Fondazione in caso di sinistro, nei casi e con le modalità ivi previste.
<u>Infortunio</u>	Ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta, esterna che produca all'Isritto avente diritto lesioni fisiche obiettivamente constatabili, che abbia per conseguenza la morte, un'inabilità permanente o un'inabilità temporanea.
<u>Intervento chirurgico</u>	Tecnica terapeutico cruenta applicata all'Isritto avente diritto mediante uso di strumenti operatori finalizzata a risolvere una patologia o una lesione conseguente a infortunio e/o malattia.
<u>Invalidità permanente</u>	La perdita permanente, definitiva ed irrimediabile, in misura parziale o totale, a seguito di infortunio, della capacità generica dell'Assicurato ad un qualsiasi lavoro proficuo, indipendente dalla sua professione.
<u>Isritto avente diritto</u>	Professionista dell'intermediazione commerciale e/o finanziaria avente uno o più contratti di agenzia o rappresentanza attivi, in possesso, al momento dell'evento, dei requisiti per l'accesso alla copertura indennitaria di cui agli Accordi Economici Collettivi nonché alle relative convenzioni economiche, vigenti alla data dell'evento di cui si richiede l'indennizzo.
<u>Malattia</u>	Qualunque alterazione dello stato di salute che non sia malformazione o difetto fisico non dipendente da infortunio e che si manifesti durante il periodo di validità della Copertura Indennitaria.
<u>Massimale</u>	Somma massima indennizzabile per ciascun Isritto avente diritto, per uno o più sinistri verificatisi nel corso dello stesso anno di copertura.
<u>Nomenclatore</u>	Elenco degli interventi chirurgici indennizzabili, classificati per tipologia e suddivisi per classi di indennizzo.
<u>Ricovero</u>	La degenza, che comporti almeno un pernottamento, in strutture ospedaliere pubbliche o private regolarmente autorizzate all'erogazione dell'assistenza ospedaliera.
<u>Sinistro/Evento</u>	Il verificarsi del fatto dannoso, per il quale è prestata la Copertura Indennitaria, che si realizza nel periodo di vigenza della presente garanzia.

CONDIZIONI GENERALI DI COPERTURA

PER L'EROGAZIONE DELL'INDENNITÀ IN CASO DI MALATTIA, INFORTUNIO E RICOVERO - A COPERTURA DEGLI STATI DI NON AUTOSUFFICIENZA LONG TERM CARE

OGGETTO

Oggetto del presente documento è la disciplina relativa all'erogazione in forma diretta, da parte della Fondazione, delle indennità in caso di malattia, infortunio e ricovero in favore degli iscritti aventi diritto;

REQUISITI

Il diritto alla copertura malattia, infortunio e ricovero decorre dal giorno in cui viene conferito il mandato di agenzia. Tuttavia, ai fini dell'erogazione della stessa, l'iscritto, alla data dell'evento indennizzabile, deve essere in possesso dei seguenti requisiti:

1. Uno o più contratti di agenzia e/o rappresentanza attivi;
2. Con riferimento ai contratti attivi di cui al punto precedente, accantonamento dell'Indennità di Risoluzione del Rapporto (c.d. FIRR), da parte delle ditte preponenti in applicazione degli accordi Economici Collettivi vigenti alla data dell'evento di cui si richiede l'indennizzo.

La Fondazione non riterrà validi, ai fini della liquidazione della suddetta indennità, i versamenti FIRR accantonati nella misura prevista dagli Accordi Economici Collettivi del 1938.

DECORRENZA

Le presenti condizioni generali decorrono dal 16 aprile 2025 e fino a successive modifiche.

Modalità di presentazione della domanda

La domanda finalizzata alla liquidazione delle indennità in caso di infortunio, malattia e ricovero dovrà essere presentata dall'iscritto avente diritto o dagli eredi esclusivamente in modalità telematica, fatta eccezione per gli eredi, entro il termine di 120 giorni dalla data di fine evento, o in caso di decesso dell'iscritto intervenuto dopo il verificarsi dell'evento indennizzabile, entro il termine di 120 giorni dalla data di decesso, mediante l'utilizzo dell'Area Riservata del portale della Fondazione, allegando la documentazione indicata nella sezione "Documentazione a supporto della domanda".

Per compilare la domanda è necessario compilare e sottoscrivere correttamente il modulo di adesione.

La Fondazione potrà richiedere all'iscritto o agli eredi ogni ulteriore documentazione utile alla lavorazione della domanda.

In caso di morte dell'iscritto, la domanda dovrà essere redatta dagli eredi su apposito modello disponibile sul sito www.enasarco.it, debitamente sottoscritta e corredata dalla documentazione richiesta e dovrà essere inviata tramite PEC unicamente all'indirizzo procollo@pec.enasarco.it oppure tramite raccomandata con ricevuta A/Ra Fondazione Enasarco – Ufficio Sviluppo e Gestione Welfare – Via Antoniotto Usodimare 31 – 00154 Roma.

La Fondazione potrà richiedere agli eredi aventi diritto ogni documentazione utile alla lavorazione della domanda.

CUMULABILITÀ

Gli iscritti aventi diritto sono esonerati dal comunicare alla Fondazione l'esistenza o la successiva stipula di polizze assicurative riguardanti le medesime coperture indennitarie. Pertanto, gli indennizzi previsti dalle presenti Condizioni Generali sono cumulabili con gli indennizzi eventualmente previsti da qualsiasi altra polizza assicurativa attivata.

RICORSI

Avverso il provvedimento di rigetto della domanda di indennità, l'iscritto potrà presentare ricorso ai sensi dell'art. 46 del Regolamento delle Attività Istituzionali.

I ricorsi devono essere presentati alla Segreteria degli Organi Collegiali con plico raccomandato con ricevuta di ritorno o con PEC all'indirizzo segreteria.organicollegiali@pec.enasarco.it a pena di decadenza entro il termine di 30 giorni dalla data di ricezione del provvedimento di rigetto.

I predetti ricorsi devono contenere:

- a) Le generalità del ricorrente (cognome e nome o ragione sociale, codice fiscale e indirizzo);
- b) Gli estremi del provvedimento impugnato;
- c) I motivi del ricorso e l'eventuale documentazione;

CONDIZIONI GENERALI DI COPERTURA

PER L'EROGAZIONE DELL'INDENNITÀ IN CASO DI MALATTIA, INFORTUNIO E RICOVERO - A COPERTURA DEGLI STATI DI NON AUTOSUFFICIENZA LONG TERM CARE

d) La firma del ricorrente.

GARANZIE PRESTATE E SOMME EROGATE

La Fondazione garantisce:

A. INDENNITÀ DA INTERVENTO CHIRURGICO A SEGUITO DI MALATTIA

Indennizzo determinato in misura fissa e forfettaria in base alla classe di appartenenza dell'intervento subito come specificato di cui al "Nomenclatore degli interventi chirurgici" che è parte integrante delle presenti Condizioni Generali di Copertura.

Il pagamento dell'indennizzo avviene secondo la classificazione degli interventi chirurgici indicata nella tabella sotto riportata

CLASSI	IMPORTI INDENNIZZABILI – CON UN MASSIMO ANNUO DI € 1.012,00
I	€ 151,80
II	€ 303,60
III	€ 607,20
IV	€ 759,00
V	€ 949,30

La prestazione è dovuta unicamente in relazione agli interventi indicati nel "Nomenclatore degli interventi chirurgici".

In caso di più interventi effettuati durante lo stesso ricovero, la Fondazione corrisponde il solo importo relativo all'intervento di classe più elevata tra quelli eseguiti. In caso di più interventi, distanti tra loro meno di 30 giorni, la Fondazione corrisponde l'importo che risulti minore tra la somma degli indennizzi dovuti per i singoli interventi e il 150% dell'indennizzo previsto per l'intervento di classe più elevata tra quelli eseguiti.

B. INDENNITÀ DA RICOVERO A SEGUITO DI MALATTIA O INFORTUNIO

MALATTIA	MASSIMALE ANNUO INDENNIZZABILE € 885,50
Ricovero senza intervento chirurgico	€ 101,20

INFORTUNIO	MASSIMALE ANNUO INDENNIZZABILE € 885,50
Ricovero senza intervento chirurgico fino a 4 giorni	€ 94,88
Ricovero senza intervento chirurgico oltre 4 giorni	€ 189,75
Ricovero con intervento chirurgico fino a 10 giorni	€ 506,00
Ricovero con intervento chirurgico oltre 10 giorni	€ 822,25

C. INDENNITÀ DA DEGENZA DOMICILIARE A SEGUITO DI MALATTIA O INFORTUNIO

MALATTIA	MASSIMALE ANNUO INDENNIZZABILE € 885,50
Degenza domiciliare a seguito di applicazione di cicli di chemioterapia o radioterapia	€ 37,95 a seduta con massimale annuo a 379,5
Degenza domiciliare a seguito di ricovero dovuto a infarto o ictus	€ 379,50 senza massimale annuo

INFORTUNIO	MASSIMALE ANNUO INDENNIZZABILE 885,5
Degenza domiciliare a seguito di applicazione di punti di sutura	€ 101,20

CONDIZIONI GENERALI DI COPERTURA

PER L'EROGAZIONE DELL'INDENNITÀ IN CASO DI MALATTIA, INFORTUNIO E RICOVERO - A COPERTURA DEGLI STATI DI NON AUTOSUFFICIENZA LONG TERM CARE

Degenza domiciliare a seguito di applicazione di collare cervicale	€ 177,10
Degenza domiciliare a seguito di applicazione, <u>fino a 20 gg.</u> , di gesso o tutore immobilizzante sostitutivo di gessatura, bendaggio elastico e altri presidi medici equivalenti in assenza di frattura	€ 101,20
Degenza domiciliare a seguito di applicazione, <u>oltre 20 gg.</u> , di gesso o tutore immobilizzante sostitutivo di gessatura, bendaggio elastico e altri presidi medici equivalenti in assenza di frattura	€ 455,40
Degenza domiciliare a seguito di ricovero dovuto a ustioni	€ 328,90
Degenza domiciliare a seguito di applicazione, <u>fino a 30 gg.</u> , di gesso o tutore immobilizzante a seguito di frattura, senza intervento chirurgico,	€ 202,40
Degenza domiciliare a seguito di applicazione, <u>oltre 30 gg.</u> , di gesso o tutore immobilizzante a seguito di frattura, senza intervento chirurgico,	€ 632,50

D. MORTE A SEGUITO DI INFORTUNIO

In caso di morte a seguito di infortunio dell'Isritto avente diritto, la Fondazione riconosce un capitale di € 51.750,00; l'indennizzo viene liquidato in favore degli eredi.

Qualora a seguito di infortunio indennizzabile ai sensi delle presenti Condizioni Generali, il corpo dell'Isritto scompaia o non venga trovato e si presume sia avvenuto il decesso, la Fondazione liquiderà il capitale previsto per il caso di morte. La liquidazione, sempre che non siano emersi nel frattempo elementi tali da rendere il danno non indennizzabile, non avverrà prima che siano trascorsi almeno 180 giorni dalla presentazione dell'istanza per la dichiarazione di morte presunta nei termini di cui agli artt. 60 e 62 c.c.

La Fondazione ha diritto alla ripetizione dell'intera somma liquidata nel caso in cui:

1. Il decesso non sia dipeso da infortunio indennizzabile ai sensi delle presenti Condizioni Generali;
2. Risulti che il decesso non si sia effettivamente verificato; in tal caso l'isritto potrà presentare domanda ai fini della liquidazione dell'eventuale invalidità permanente subita.

Qualora la Fondazione abbia già provveduto al pagamento dell'indennità per invalidità permanente, e l'isritto avente diritto muoia decorso un anno dal giorno dell'infortunio e in conseguenza di questo evento, gli eredi non sono tenuti a alcun rimborso in favore della Fondazione; quest'ultima, pertanto, corrisponderà in favore degli eredi la differenza tra l'indennità erogata e quella garantita dalla presente copertura per il caso di morte, ove questa sia superiore.

E. INVALIDITÀ PERMANENTE A SEGUITO DI INFORTUNIO

La Fondazione, qualora ne venga accertato il diritto in capo all'Isritto, in caso di infortunio con conseguente invalidità permanente, verificatosi entro l'anno successivo al giorno dell'infortunio (e purché l'isritto avente diritto ne abbia interrotto i termini di prescrizione), garantisce l'erogazione di un'indennità calcolata sulla somma assicurata per invalidità permanente assoluta, in base alle percentuali indicate nella tabella INAIL di cui all'allegato 1 del D.P.R. 30 giugno 1965 n.124 e successive modifiche.

Per invalidità permanente si intende la diminuzione o perdita definitiva, a seguito di infortunio, della capacità dell'Isritto avente diritto allo svolgimento di qualsiasi attività lavorativa. L'indennizzo verrà calcolato applicando le seguenti franchigie:

1. Nel caso di invalidità permanente pari o inferiore al 6% non sarà erogato nessun indennizzo
2. Nel caso di invalidità permanente superiore al 6%, l'indennizzo verrà corrisposto integralmente.

Qualora, in conseguenza dell'infortunio l'Isritto avente diritto riporti un'invalidità permanente di grado superiore al 66%, l'indennizzo riconosciuto per invalidità permanente verrà liquidato al 100%

Il capitale assicurato annuo per ciascun iscritto è pari a € 63.250.00

Per il riconoscimento dell'invalidità permanente occorre che sia stata raggiunta la stabilizzazione clinica e che le lesioni fisiche si siano stabilizzate, con una certificazione data dal medico-legale.

CONDIZIONI GENERALI DI COPERTURA

PER L'EROGAZIONE DELL'INDENNITÀ IN CASO DI MALATTIA, INFORTUNIO E RICOVERO - A COPERTURA DEGLI STATI DI NON AUTOSUFFICIENZA LONG TERM CARE

La Fondazione al fine di verificare il grado di invalidità permanente convocherà il richiedente a visita medica. L'assenza ingiustificata alla visita concordata è motivo di respingimento della domanda di indennizzo.

Dopo aver ricevuto la **perizia medico-legale**, la Fondazione ha **30 giorni di tempo** per erogare l'indennità calcolata sulla percentuale di invalidità permanente riconosciuta.

Il diritto all'indennità per invalidità permanente è di carattere personale e quindi non è trasmissibile agli eredi. Tuttavia, se l'Isritto muore per causa indipendente dall'infornio dopo che l'indennità sia stata liquidata o comunque, se non liquidata, dopo il consolidamento di uno stato di invalidità permanente obiettivamente verificabile o verificata e documentata nella sua entità, la Fondazione paga agli eredi l'importo dovuto, secondo le norme della successione testamentaria o legittima.

F. ESTENSIONE DELLA GARANZIA

A titolo esplicativo e non esaustivo di quanto riportato dalle premesse, inoltre saranno indennizzati gli infornii derivanti:

- Dalla guida ed uso di motoveicoli azionati da motori di qualsiasi cilindrata;
- Dai viaggi aerei effettuati dall'Isritto in qualità di passeggero su velivoli ed elicotteri;
- Dalla pratica o dalla partecipazione a corse o gare (e relative prove di allenamento) di tutti gli sport fatta eccezione per quelli espressamente menzionati al successivo punto;
- Da aggressioni o atti violenti aventi movente politico a condizione che l'avente diritto non vi abbia preso parte attiva;
- Da tumulti popolari o da atti di terrorismo, a condizione che l'avente diritto non vi abbia preso parte attiva;
- da movimenti tellurici, inondazioni, eruzioni vulcaniche.
- Da colpa grave dell'isritto avente diritto, da imperizia, imprudenza o negligenza grave, o da malore, vertigini, incoscienza, avvelenamento, intossicazione o ingestione di sostanze, da manifestazioni morbose causate da punture di insetti, da a sfissai non di origine morbosa, da annegamento, da assideramento o congelamento, da folgorazione, da colpi di sole o di calore, da lesioni determinate da sforzi, con esclusione degli infarti (ferma l'indennizzabilità del precedente punto C), delle ernie e delle rotture sottocutanee dei tendini.

L'Isritto avrà, altresì, diritto all'indennizzo durante il servizio militare in tempo di pace, in seguito a richiamo per ordinarie esercitazioni; sarà invece sospeso il diritto all'indennizzo durante il servizio di leva, l'arruolamento volontario, il richiamo per mobilitazione o per motivi di carattere eccezionale e riprenderà vigore non appena cessate le anzidette cause di sospensione.

In caso di evento che colpisca più soggetti Isritti aventi diritto l'esborso massimo non potrà superare l'importo residuo stanziato a budget dalla Fondazione per l'anno di copertura.

Qualora l'indennizzo complessivamente dovuto ecceda il limite sopraindicato, le somme spettanti a ciascun assicurato saranno ridotte in proporzione

G. CRITERI DI INDENNIZZO

La Fondazione corrisponderà l'indennità per le conseguenze dirette ed esclusive dell'infornio che siano indipendenti da condizioni fisiche o patologiche preesistenti o sopravvenute; pertanto, l'influenza che l'infornio può avere esercitato su tali condizioni, come pure il pregiudizio che esse possono portare all'esito delle lesioni prodotte dall'infornio, sono conseguenze indirette e quindi non indennizzabili.

Parimenti, nei casi di preesistente mutilazione o difetto fisico, l'indennità per invalidità permanente sarà liquidata per le sole conseguenze dirette cagionate dall'infornio, come se esso avesse colpito una persona fisicamente integra, senza riguardo al maggiore pregiudizio derivante dalle condizioni preesistenti.

In caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto già minorato, le percentuali indicate nella tabella I.N.A.I.L. verranno diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente.

H. RISCHI ESCLUSI DALLA GARANZIA

Ai fini della garanzia "infornio" si intenderanno esclusi gli eventi derivanti:

- 1) dalla guida di qualsiasi veicolo o natante a motore se l'Isritto avente diritto è privo della prescritta abilitazione nonché dalla guida ed uso di mezzi di locomozione aerei e subacquei;

CONDIZIONI GENERALI DI COPERTURA

PER L'EROGAZIONE DELL'INDENNITÀ IN CASO DI MALATTIA, INFORTUNIO E RICOVERO - A COPERTURA DEGLI STATI DI NON AUTOSUFFICIENZA LONG TERM CARE

- 2) dalla pratica e dalla partecipazione a corse o gare (e relative prove ed allenamenti) dei seguenti sport: pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme, arti marziali in genere, guidoslitta, alpinismo oltre il 3° grado, arrampicata libera (freeclimbing), scialpinismo, salti dal trampolino con sci o idrosci, canoa fluviale oltre il 3° grado, speleologia, rugby, football americano, hockey a rotelle, motonautica, automobilismo, motociclismo, bob, hockey su ghiaccio, sport aerei in genere;
- 3) da guerra, insurrezione, salvo che l'iscritto avente diritto non si sia trovato all'estero sorpreso dallo scoppio degli eventi bellici, per il periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità;
- 4) da trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, etc.);
- 5) da ubriachezza e da proprie azioni delittuose nonché da partecipazione a imprese temerarie salvo il caso di atti compiuti dall'assicurato per dovere di solidarietà umana o per legittima difesa;
- 6) da operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche, non resi necessari da infortunio.

Ai fini della garanzia "malattia", saranno esclusi gli eventi relativi:

- a) alle malformazioni stabilizzate, difetti fisici e mutilazioni esistenti prima dell'inizio della copertura descritta nel presente documento;
- b) alle malattie sofferte durante il servizio di leva, l'arruolamento volontario od il richiamo per mobilitazione;
- c) alle malattie veneree e mentali (comprese sindromi ansiose depressive);
- d) alla gravidanza, parto e puerperio, ad eccezione dei casi comportanti interventi;
- e) alle malattie provocate da trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, etc).

I. ISCRITTI NON INDENNIZZABILI

Non saranno assicurabili le persone affette da epilessia, paralisi, infermità mentali, delirium tremens, alcolismo, tossicomania, allucinogenomania. Qualora un Iscritto avente diritto fosse colpito da una delle suddette infermità, la Copertura Indennitaria cesserà automaticamente nei suoi confronti.

DOCUMENTAZIONE A SUPPORTO E GESTIONE

RICOVERO CON INTERVENTO

- ▶ Copia conforme della cartella clinica completa della scheda di dimissione ospedaliera (SDO) che dovrà contenere, in caso di periodo di convalescenza necessitato, l'eventuale prognosi successiva;
- ▶ in caso di intervento chirurgico ambulatoriale è sufficiente la copia completa della documentazione clinica e/o del referto operatorio

RICOVERO SENZA INTERVENTO

Copia conforme della cartella clinica completa della scheda di dimissione ospedaliera (SDO) che dovrà contenere, in caso di periodo di convalescenza necessitato, l'eventuale prognosi successiva.

INDENNITÀ DI DEGENZA DOMICILIARE A SEGUITO DI MALATTIA O INFORTUNIO

- ▶ In caso di ricovero, copia conforme della cartella clinica completa della scheda di dimissione ospedaliera (SDO) dalla quale risulti la prescrizione della degenza domiciliare;
- ▶ certificati attestanti i cicli di Radio o Chemioterapia (ogni ciclo di Radio o Chemioterapia dovrà essere accompagnato da un certificato di degenza domiciliare);
- ▶ in caso di infortunio, descrizione dettagliata della modalità evento (descrizione dell'infortunio) e certificato di Pronto Soccorso dal quale risulti la prescrizione della degenza domiciliare;
- ▶ certificato di rimozione della gessatura e/o dell'apparecchio immobilizzante;

MORTE DA INFORTUNIO

CONDIZIONI GENERALI DI COPERTURA

PER L'EROGAZIONE DELL'INDENNITÀ IN CASO DI MALATTIA, INFORTUNIO E RICOVERO - A COPERTURA DEGLI STATI DI NON AUTOSUFFICIENZA LONG TERM CARE

- ▶ Certificato di morte dell'iscritto con indicazione della data di nascita;
- ▶ dichiarazione sostitutiva di Atto notorio indicante gli eredi;
- ▶ indicazione di un conto corrente cointestato a tutti gli eredi (in caso di più aventi diritto) o delega da parte di tutti gli eredi a effettuare il pagamento su conto corrente intestato ad un solo erede;
- ▶ copia conforme della cartella clinica completa e/o certificato di Pronto Soccorso e/o relazione medica completa, indicanti anche la causa del decesso;
- ▶ in caso di morte violenta copia del verbale redatto dagli organi di polizia per l'Autorità giudiziaria.

INVALIDITÀ PERMANENTE DA INFORTUNIO

- ▶ Dichiarazione contenente l'indicazione del luogo, giorno ed ora dell'evento, nonché una dettagliata descrizione delle sue modalità di accadimento;
- ▶ certificato introduttivo medico legale attestante il grado di invalidità richiesta;
- ▶ certificato di Pronto Soccorso con specifica indicazione del trauma comprensivo delle consulenze specialistiche, degli esami strumentali e degli accertamenti radiologici effettuati;
- ▶ in caso di sinistro conseguente ad un atto violento, copia del verbale redatto dagli organi di polizia per l'Autorità giudiziaria;
- ▶ copie conformi delle cartelle cliniche in caso di ricoveri e certificazioni mediche successive ai ricoveri con indicazione del relativo decorso clinico;
- ▶ nel caso sia stata attivata una richiesta di riconoscimento dell'indennità di accompagnamento o invalidità civile è utile inviare copia della domanda stessa, della documentazione acclusa e del relativo esito

Per i mandati conferiti in corso d'anno l'iscritto dovrà produrre, altresì, una dichiarazione con la quale la Ditta mandante dichiara di dare Attuazione all'AEC di settore, che prevede il versamento del FIRR alla Fondazione.

DEFINIZIONE DEL PROCEDIMENTO

La Fondazione comunica all'iscritto, anche attraverso apposita informazione disponibile nell'Area riservata, l'esito finale dell'istruttoria amministrativa entro 60 giorni dalla data di presentazione della domanda. Nel caso di documenti incompleti o irregolari i termini per la conclusione dei procedimenti sono interrotti e decorrono per intero dalla data di ricezione da parte della Fondazione della documentazione o degli elementi mancanti. Nel caso di invalidità permanente il termine di 60 giorni è sospeso fino alla stabilizzazione delle lesioni fisiche e all'effettuazione della visita medica da parte del medico legale incaricato dalla Fondazione.

PARTE SECONDA

DISCIPLINA PER IL RICOSCIMENTO DELLO STATO DI NON AUTOSUFFICIENZA

LONG TERM CARE

DEFINIZIONI

<u>Accordi Economici Collettivi</u>	Accordi Economici Collettivi per la disciplina del rapporto di agenzia e rappresentanza commerciale, nonché relative convenzioni economiche, vigenti alla data dell'evento di cui si richiede l'indennizzo.
<u>ADL (Activities of Daily Living)</u>	Complesso delle attività elementari della vita quotidiana. Comprendono funzioni base come: mangiare, vestirsi, lavarsi, spostarsi, utilizzare i servizi igienici. La capacità o incapacità di svolgerle è un criterio per valutare l'effettivo bisogno di LTC.
<u>Autosufficienza</u>	Capacità a svolgere in maniera autonoma gli atti elementari della vita quotidiana quali mangiare, vestirsi, lavarsi, spostarsi, utilizzare i servizi igienici.
<u>Cartella Clinica</u>	Documento ufficiale avente la natura di atto pubblico, contenente le generalità del paziente per esteso, diagnosi di ingresso e diagnosi di dimissione, anamnesi patologica remota e prossima, terapie effettuate, interventi chirurgici, esami e diario clinico, la Scheda di Dimissione Ospedaliera (S.D.O.).
<u>Eredi</u>	Soggetti di cui all'art. 565 del Codice civile e seguenti.
<u>Fondazione</u>	Fondazione Enasarco con sede in Roma, via Antoniotto Usodimare, n. 31.
<u>Infortunio</u>	Ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta, esterna che produca all'Isritto avente diritto lesioni fisiche obiettivamente constatabili, che abbia per conseguenza la morte, un'invalidità permanente o un'inabilità temporanea.
<u>Intervento chirurgico</u>	Tecnica terapeutico cruenta applicata all'Isritto avente diritto mediante uso di strumenti operatori finalizzata a risolvere una patologia o una lesione conseguente a infortunio e/o malattia.
<u>Invalidità permanente</u>	La perdita permanente, definitiva ed irrimediabile, in misura parziale o totale, a seguito di infortunio, della capacità generica dell'Assicurato ad un qualsiasi lavoro proficuo, indipendente dalla sua professione.
<u>Isritto avente diritto</u>	Gli iscritti (pensionati o non pensionati) che alla data di presentazione della domanda di prestazione LTC siano titolari di un mandato attivo oppure di un mandato chiuso da non più di tre anni;
<u>LTC</u>	acronimo che identifica la prestazione Long Term Care per il rischio di non autosufficienza nel compimento degli atti della vita quotidiana, che prevedono il pagamento di una rendita o l'erogazione di prestazioni assistenziali (domiciliare, in case di cura).

CONDIZIONI GENERALI DI COPERTURA

PER L'EROGAZIONE DELL'INDENNITÀ IN CASO DI MALATTIA, INFORTUNIO E RICOVERO - A COPERTURA DEGLI STATI DI NON AUTOSUFFICIENZA LONG TERM CARE

Malattia

qualunque alterazione dello stato di salute che non sia malformazione o difetto fisico non dipendente da infortunio

Non Autosufficienza

l'incapacità presumibilmente permanente e irreversibile, sussistente da almeno un periodo di tempo non inferiore a 90 giorni continuativi, di svolgere almeno 3 delle 6 attività della vita quotidiana, con conseguente necessità di una assistenza costante da parte di una terza persona.

Ricovero

la degenza, che comporti almeno un pernottamento, in strutture ospedaliere pubbliche o private regolarmente autorizzate all'erogazione dell'assistenza ospedaliera.

CONDIZIONI GENERALI DI COPERTURA

PER L'EROGAZIONE DELL'INDENNITÀ IN CASO DI MALATTIA, INFORTUNIO E RICOVERO - A COPERTURA DEGLI STATI DI NON AUTOSUFFICIENZA LONG TERM CARE

OGGETTO

Oggetto del presente documento è la disciplina relativa al riconoscimento, da parte della Fondazione, qualora si verifichi lo stato di non autosufficienza, dell'erogazione di una rendita o, a discrezione della Fondazione, dell'erogazione di servizi di assistenza domiciliare quali: prestazioni infermieristiche, mediche, riabilitative, assistenziali e di supporto psicologico, consulti medici telefonici, telemedicina, prestazioni e servizi in natura presso la residenza dell'iscritto.

REQUISITI

Hanno diritto alla prestazione LTC gli iscritti (pensionati o non pensionati) in possesso dei seguenti requisiti:

1. titolarità alla data di presentazione della domanda di un mandato attivo oppure di un mandato chiuso da non più di tre anni, con versamento del contributo FIRR da parte delle imprese mandanti.
2. Una condizione di non autosufficienza, così come descritta nel successivo paragrafo "**DEFINIZIONE DELLO STATO DI NON AUTOSUFFICIENZA/ LTC (LONG TERM CARE)**"

Sono esclusi dalla copertura LTC gli iscritti per i quali le ditte mandanti versano esclusivamente il contributo FIRR nella misura prevista dagli Accordi Economici Collettivi del 1938.

Sono esclusi dalla prestazione LTC gli iscritti ai quali, nell'ambito della Copertura Indennitaria (Condizioni Generali Parte I), a seguito di infortunio, è stata riconosciuta l'invalidità permanente totale (pari o superiore al 66%) ed erogata la relativa indennità di € 63.250,00.

La Copertura cesserà di produrre i suoi effetti qualora l'iscritto avente diritto perda uno dei requisiti ai sensi delle presenti Condizioni Generali di Copertura - Parte Seconda.

DECORRENZA

La PARTE SECONDA "DISCIPLINA PER IL RICONOSCIMENTO DELLO STATO DI NON AUTOSUFFICIENZA - LONG TERM CARE" delle presenti condizioni generali decorre dal **01.05.2026** e fino a successive modifiche.

DEFINIZIONE DELLO STATO DI NON AUTOSUFFICIENZA/ LTC (LONG TERM CARE)

È considerato in stato di non autosufficienza/LTC (Long Term Care) l'iscritto che, a causa di una malattia, di infortunio o per perdita delle forze, si trovi per un periodo di tempo non inferiore a 90 giorni continuativi, in uno stato tale - presumibilmente in modo permanente - da aver bisogno dell'assistenza di un'altra persona per aiutarlo nello svolgimento di almeno 3 su 6 delle attività ordinarie della vita quotidiana.

Il livello di non autosufficienza è accertato da un medico e, al fine dell'accertamento, verranno seguite le procedure previste nel presente documento.

Le prestazioni per la perdita di autosufficienza sono erogate, in caso di:

- un'invalidità fisica presumibilmente permanente che non permetta all'iscritto di svolgere almeno 3 dei 6 atti "elementari" della vita quotidiana necessitando pertanto dell'assistenza costante di una terza persona per lo svolgimento delle suddette 3 attività;
- oppure di un deficit cognitivo, ovvero di un deterioramento o una perdita delle facoltà mentali dovuti a causa organica identificabile e dimostrata dal peggioramento della capacità dell'iscritto di pensare, percepire, ragionare e ricordare, comprovate da una diagnosi di un neurologo e/o gerontologo (determinato in base alla documentazione clinica e ai test neuropsicologici standard, tipo MMSE), che comportino l'impossibilità totale di compiere almeno 3 dei 6 atti "elementari" della vita quotidiana anche con l'impiego di ausili specifici e che determinino la necessità di assistenza e supervisione costanti di un'altra persona.

La perdita delle capacità cognitive viene definita come peggioramento o perdita delle facoltà intellettuali da valutarsi attraverso dati clinici e test standard che misurano il danneggiamento presente nelle seguenti aree:

- memoria di breve e lungo periodo;
- orientamento verso persone e luoghi e verso il tempo (conoscenza della data o dell'ora corrente);
- ragionamento deduttivo e astratto (risoluzione di semplici problemi, capacità di prendere decisioni razionali).

L'iscritto verrà considerato quale sofferente di perdita di capacità cognitive se:

- esistono prove cliniche che la perdita di capacità cognitiva è dovuta a cause organiche;

CONDIZIONI GENERALI DI COPERTURA

PER L'EROGAZIONE DELL'INDENNITÀ IN CASO DI MALATTIA, INFORTUNIO E RICOVERO - A COPERTURA DEGLI STATI DI NON AUTOSUFFICIENZA LONG TERM CARE

- dalle risposte date dall'iscritto a test standard risulta la perdita delle capacità cognitive;
- la valutazione delle risposte deve avvenire in conformità alle procedure e ai dati contenuti in pubblicazioni scientifiche;
- la capacità intellettuale dell'iscritto è tale per cui, lo stesso necessita di essere sottoposto ad un continuo controllo o richiede una continua assistenza da parte di un'altra persona, al fine di proteggere l'iscritto stesso o terzi soggetti con i quali questi venisse a contatto.

Lo Stato di non Autosufficienza è determinato dall'impossibilità, derivante dallo stato di salute dell'iscritto, di compiere in autonomia almeno 3 delle 6 attività di vita quotidiana, di seguito elencate, in maniera presumibilmente permanente e irreversibile:

1. lavarsi: la capacità di lavarsi nella vasca da bagno o nella doccia, di entrare e uscire dalla vasca o dalla doccia o la capacità di lavare in modo soddisfacente la parte superiore e inferiore del corpo in altro modo (radersi, pettinarsi, lavarsi i denti);
2. vestirsi, svestirsi: la capacità di indossare e togliersi, allacciare e slacciare ogni tipo di indumento, compresi indumenti speciali o ausili adatti al tipo di disabilità dell'Assicurato, per la parte superiore o inferiore del corpo;
3. igiene del corpo: la capacità di 1) andare in bagno, 2) lavarsi, lavarsi i denti, pettinarsi, asciugarsi, radersi;
4. nutrirsi: la capacità di bere usando un bicchiere e di mangiare il cibo preparato da altri usando un piatto;
5. continenza: la capacità di controllare le funzioni corporali (mingere ed evacuare) e di mantenere un livello soddisfacente di igiene personale con l'impiego di ausili e di indumenti specifici;
6. mobilità: la capacità di sedersi e di alzarsi da una sedia, di coricarsi e di alzarsi dal letto, di spostarsi da una sedia al letto e viceversa, anche con l'aiuto di ausili specifici.

RICONOSCIMENTO DELLO STATO DI NON-AUTOSUFFICIENZA

L'accertamento dello stato di non autosufficienza spetta alla Fondazione e viene effettuato sulla base dell'esame della documentazione prevista dal successivo paragrafo e fermo restando la verifica dello stato di non autosufficienza tramite visita medica effettuata dal personale medico nominato/individuato dalla Fondazione.

L'assenza ingiustificata alla visita concordata è motivo di respingimento della domanda.

Nel periodo di erogazione delle prestazioni la Fondazione ha diritto di effettuare successivi accertamenti della perdita dell'autosufficienza. Se dagli accertamenti, sulla base dei criteri sopra individuati, risulta che l'iscritto è autosufficiente, la Fondazione interrompe l'erogazione delle prestazioni.

L'iscritto è tenuto a comunicare in forma scritta alla Fondazione, entro il termine di 60 giorni da quando ne sia venuto a conoscenza, il recupero dello stato di autosufficienza.

PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA PER IL RICONOSCIMENTO DELLA NON AUTOSUFFICIENZA

La domanda per il riconoscimento dello stato di non autosufficienza deve essere presentata dall'iscritto o da altra persona che lo rappresenti, nei modi consentiti dalla legge, tramite l'Area Riservata del Portale Welfare Enasarco (<https://welfare.enasarco.it/>) o a mezzo PEC all'indirizzo protocollo@pec.enasarco.it.

Alla domanda dovranno essere allegati i certificati attestanti l'insorgere della non autosufficienza ed una relazione medica sulle cause della perdita di autosufficienza, redatti su appositi modelli forniti dalla Fondazione.

Per la presentazione della domanda per il riconoscimento dello stato di non autosufficienza non è richiesta la compilazione del modulo di adesione previsto per la Copertura Indennitaria (Condizioni Generali – parte I).

CONDIZIONI GENERALI DI COPERTURA

PER L'EROGAZIONE DELL'INDENNITÀ IN CASO DI MALATTIA, INFORTUNIO E RICOVERO - A COPERTURA DEGLI STATI DI NON AUTOSUFFICIENZA LONG TERM CARE

RICONOSCIMENTO DELLO STATO DI NON AUTOSUFFICIENZA

Il fascicolo di richiesta di apertura del sinistro dovrà contenere:

- Domanda per il riconoscimento dello stato di non autosufficienza,
- Certificato medico attestante l'insorgere della non autosufficienza, rilasciato da struttura pubblica o convenzionata con il SSN,
- Relazione medica sulle cause della non autosufficienza,
- Relazione medica sulle attività ordinarie della vita quotidiana,
- Eventuale/ulteriore documentazione medica e sanitaria a supporto, dalla quale sia comprovato lo stato di non autosufficienza, il periodo di sopravvenienza e le cause della stessa.

La Fondazione, analizzata la suddetta documentazione, nel caso in cui gli elementi che descrivono la non autosufficienza dell'iscritto sembrano insufficienti, valuterà se richiedere ulteriori informazioni/documentazione.

La Fondazione verificherà lo stato di non autosufficienza dell'iscritto da parte di un Medico di propria fiducia e condizionerà la prosecuzione del riconoscimento dello stato di non autosufficienza all'effettuazione degli esami o accertamenti ritenuti necessari.

FASE D'ISTRUTTORIA

Al fine del riconoscimento dello stato di non autosufficienza da parte della Fondazione, la stessa si impegna a rispettare le seguenti procedure di gestione.

- Dal ricevimento del fascicolo di richiesta di apertura del sinistro da parte dell'iscritto ovvero da parte di un suo rappresentante allo scopo delegato, la Fondazione richiede l'invio dei documenti mancanti/non debitamente compilati e/o ulteriore documentazione medica e sanitaria ove necessaria.
- Dal ricevimento del fascicolo e della documentazione medica esaustiva, la Fondazione valuta lo stato dell'iscritto e, successivamente, si impegna a comunicare il nominativo del proprio fiduciario ed i recapiti dello stesso. Rimane fermo che solo in caso di oggettiva impossibilità, la visita verrà effettuata presso il domicilio dell'iscritto o, ove questi sia ricoverato, presso la struttura sanitaria.

La Fondazione si impegna a convocare a visita l'iscritto entro 90 giorni dal completamento della domanda.

- Effettuata la visita la Fondazione si impegna a dare riscontro all'iscritto degli esiti sul riconoscimento della non autosufficienza.

In caso di mancato riconoscimento dello stato di non autosufficienza la Fondazione nella propria comunicazione indicherà in modo chiaro ed esaustivo le motivazioni del proprio giudizio (specificando ad esempio, le cause di esclusione applicate, le ADL perse e non perse, la data di prima diagnosi della patologia cognitiva).

Nel caso l'iscritto risulti in stato di non autosufficienza/LTC, avrà diritto alle prestazioni con effetto dal giorno di presentazione della domanda (intesa come la data di ricezione della pratica da parte della Fondazione).

In caso di rigetto della domanda a causa di diversa valutazione del requisito sanitario o di successiva revoca, l'iscritto può chiedere la costituzione di un collegio medico entro 30 giorni dalla comunicazione del provvedimento della Fondazione. Il collegio è composto da tre membri, due dei quali designati rispettivamente dalla Fondazione e dall'iscritto ed il terzo dal Presidente dell'ordine dei medici competente per territorio. Il compenso spettante al terzo componente del collegio medico è a carico della parte soccombente. L'accertamento del collegio medico è definitivo.

EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI

Il riconoscimento dello Stato di non autosufficienza da parte della Fondazione dà diritto all'iscritto che si trovi in stato di non autosufficienza, a richiedere l'erogazione di una prestazione, dal giorno di presentazione della domanda, che a discrezione della Fondazione sarà sotto forma di rendita mensile pari a € 750,00 (€ 9.000,00 annui) oppure sotto forma di prestazioni e servizi di tipo assistenziale, di pari valore, quali ad esempio: prestazioni infermieristiche, mediche, riabilitative, assistenziali e di supporto psicologico, consulti medici telefonici, telemedicina, prestazioni e servizi in natura presso la residenza dell'assicurato.

In caso di rendita la Fondazione corrisponde all'iscritto quanto dovuto, tramite bonifico bancario. I pagamenti verranno effettuati con data valuta fissa il 10 di ogni mese successivo (in caso di giorno festivo la data valuta verrà anticipata al primo giorno feriale precedente).

CONDIZIONI GENERALI DI COPERTURA

PER L'EROGAZIONE DELL'INDENNITÀ IN CASO DI MALATTIA, INFORTUNIO E RICOVERO - A COPERTURA DEGLI STATI DI NON AUTOSUFFICIENZA LONG TERM CARE

La Fondazione si riserva di rivalutare annualmente l'importo della rendita in base all'andamento della gestione della LTC e comunque non oltre la misura dell'adeguamento delle pensioni determinato dal Consiglio di Amministrazione della Fondazione in base all'art. 29 del Regolamento delle Attività Istituzionali.

Dalla data di erogazione della rendita sarà richiesto all'iscritto beneficiario, con cadenza almeno annuale il certificato di esistenza in vita, da trasmettere alla Fondazione entro la fine di ciascun anno solare, pena la sospensione dell'erogazione della rendita.

RIVEDIBILITÀ DELLA RENDITA/PRESTAZIONE

La Fondazione si riserva la facoltà, in ogni momento e non più di una volta ogni due anni, di far esaminare l'iscritto non autosufficiente da un proprio medico di fiducia e di richiedere la produzione di ogni documento che ritenga necessario a verificare il perdurare dello stato di non autosufficienza. In caso di rifiuto da parte dell'iscritto la Fondazione sospenderà l'erogazione della rendita/prestazione fino all'avvenuto accertamento.

Qualora durante l'erogazione della rendita/prestazione si verifichi il recupero, da parte dell'iscritto, dello stato di autosufficienza, l'erogazione della rendita/prestazione verrà interrotta.

RISCHI ESCLUSI

È escluso dalla garanzia lo stato di non autosufficienza causato da:

1. dolo dell'iscritto;
2. partecipazione dell'iscritto a fatti di guerra, anche in mancanza di partecipazione attiva;
3. tutti i sinistri derivanti da atti di guerra avvenuti fuori dal territorio italiano qualora siano trascorsi più di 14 giorni tra l'inizio dell'evento definibile come atto di guerra ed il sinistro stesso o qualora le parti coinvolte non si trovassero nella regione geografica in questione prima dell'inizio dell'atto di guerra stesso;
4. partecipazione attiva a tumulti popolari, sommosse, atti di sabotaggio, atti di terrorismo, insurrezioni, aggressioni, o atti violenti che abbiano movente politico o sociale cui l'iscritto abbia preso parte volontariamente,
5. trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, accelerazione di particelle atomiche (fissioni e fusioni nucleari, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X)
6. incidente di volo se l'assicurato se l'iscritto viaggia a bordo di un aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo, ed in ogni caso se viaggia in qualità di membro dell'equipaggio. La garanzia, tuttavia, è operante nel caso di viaggi compiuti dall'assicurato in qualità di passeggero su linee regolarmente istituite per il pubblico esercizio della navigazione aerea;
7. Partecipazione a corse, gare automobilistiche e/o motociclistiche e con natanti a motore (e relative prove).
8. Pratica anche puramente ricreativa di sport subacquei e sport aerei in genere;
9. Pratica anche puramente ricreativa di sport equestri in genere.
10. Partecipazioni a corse e incontri sportivi (e relative prove ed allenamenti) comunque relativi a qualsiasi sport svolto a livello professionistico.
11. Abuso di alcolici e psicofarmaci e dall'uso non terapeutico di stupefacenti ed allucinogeni, radiazioni, reazioni nucleari o contaminazione radioattiva.