

Sf2025

Guida all'acquisto della copertura per la non autosufficienza

PENSIONATI



Sommario

03

1 LA COPERTURA SANITARIA IN CASO DI NON AUTOSUFFICIENZA	
1.1 Definizione di non autosufficienza	03
1.2 I beneficiari - prosegutori volontari	03
1.3 Eleggibilità dei beneficiari	04
1.4 Non ammissibilità della richiesta di prosecuzione volontaria	04
1.5 Quali prestazioni comprende la copertura	06
1.6 Durata della copertura e versamento del premio	06

08

3 EROGAZIONE DELLA RENDITA	
3.1 Quando presentare la richiesta di rendita	08
3.2 Quali documenti sono necessari per ottenere la rendita	08
3.3 Modalità di invio della documentazione	09
3.4 Criteri di valutazione della domanda ed esito	09
3.5 Come viene calcolata ed erogata la rendita	10
3.6 Cosa presentare negli anni successivi a quello di attivazione	10

07

2 ACQUISTO DELLA COPERTURA SANITARIA AUTOSUFFICIENZA	
2.1 La procedura di acquisto	07
2.1.1 La documentazione necessaria	
2.1.2 Quando acquistare la copertura	
2.1.3 Come procedere all'acquisto	
2.1.4 Come pagare la copertura	
2.1.5 La rateazione	
2.1.6 Le scadenze di pagamento	

11

4 NOTE CONCLUSIVE	
--------------------------	--



1. La copertura sanitaria in caso di non autosufficienza

1.1 DEFINIZIONE DI NON AUTOSUFFICIENZA

Per condizione di non autosufficienza si intende la condizione, accertata dalla competente struttura dell'Azienda provinciale per i servizi sanitari, che dà diritto all'indennità di accompagnamento di cui alla Legge provinciale n. 7/1998 o di analoga prestazione¹ concessa per l'assistenza personale continua.

Ai fini del riconoscimento delle prestazioni dovute, **la condizione di non autosufficienza deve essere accertata successivamente all'entrata in copertura.**

1.2 I BENEFICIARI - PROSECUTORI VOLONTARI

○ L'acquisto della copertura per la non autosufficienza è riservato alle persone che risultavano iscritte a Sanifonds per effetto del proprio contratto di lavoro e che hanno terminato il rapporto di lavoro per pensionamento.

In ragione del fatto che la copertura LTC è stata introdotta nei piani Sanifonds a partire dal 2020, potranno quindi acquistare la copertura coloro i quali hanno terminato – per pensionamento – il proprio rapporto di lavoro dall'anno 2021 (compreso) all'anno 2024 (compreso).

In particolare, sono interessati gli iscritti afferenti a tutti i comparti che prevedono nel proprio piano sanitario la copertura per la non autosufficienza. Sono esclusi i dipendenti della gestione SIA3 in quanto il Piano Sia3 prevede già la "prosecuzione volontaria" per la polizza LTC.

○ La copertura è acquistabile solo da coloro che sono stati iscritti come "dipendenti". La presente copertura non è estendibile alle persone iscritte a Sanifonds come "familiari".

○ Il limite massimo di età per l'acquisto della copertura è di 74 anni.

Esempio

Il beneficiario termina il rapporto di lavoro per pensionamento a 68 anni.
Età inferiore ai 74 anni > eleggibile all'acquisto della copertura
Durata della copertura > 7 anni. L'8° anno, al compimento del 75esimo anno di età, la prosecuzione volontaria termina.

Il Fondo si riserva la facoltà - al termine dei primi 3 anni di sperimentazione del progetto "Pensionati"- di estendere la facoltà di rinnovare l'iscrizione fino all'80° anno di età, sulla base delle opportune valutazioni tecniche ed attuariali.

¹ Per analoga prestazione concessa per l'assistenza personale continua si intendono:

- gli assegni per l'assistenza personale continuativa di cui al D.P.r. n. 1124/1965;
- le indennità concesse agli invalidi di guerra e superstiti ai sensi del D.P.r. n. 915 del 1978;
- indennità di assistenza e di accompagnamento a favore di soggetti affetti da infermità per cause di servizio di cui al D.P.r. n. 1092 del 1973 e alla Legge n. 9 del 1980

1.3 ELEGGIBILITÀ DEI BENEFICIARI

Al termine del rapporto lavorativo per pensionamento, l'iscritto può acquistare volontariamente la copertura per la non autosufficienza, a condizione che **non vi sia interruzione di continuità** con la precedente adesione collettiva a Sanifonds.

Ne conseguono le seguenti fattispecie:

I beneficiari - come definito nel paragrafo 1.2 - che **NON ABBIANO** esercitato la facoltà di acquistare la copertura LTC nel 2025, non saranno eleggibili all'acquisto negli anni successivi.

○ Esempio 1

Iscritto che ha terminato il proprio rapporto di lavoro nel periodo tra il 2021 e il 2024 e che ha acquistato la copertura LTC per il 2025: può rinnovare l'acquisto nel 2026 e negli anni successivi.

○ Esempio 2

Iscritto che ha terminato il proprio rapporto di lavoro nel periodo tra il 2021 e il 2024 e che **NON HA** esercitato la facoltà di acquistare la copertura LTC per il 2025: non può acquistare la copertura negli anni successivi.

L'iscritto che abbia interrotto la sottoscrizione in uno degli anni successivi al primo acquisto, non potrà riacquistare /reisciversi alla copertura LTC per gli anni successivi.

○ Esempio 3

Iscritto acquista la copertura nel 2025 e paga gli anni 2025, 2026; nel 2027 non versa il premio. Dal 2027 viene escluso dalla copertura e non può più riattivarla.

1.4 CAUSE DI NON AMMISSIBILITÀ DELLA RICHIESTA DI PROSECUZIONE VOLONTARIA

Non possono richiedere la prosecuzione volontaria:

- gli iscritti che alla data della presentazione della richiesta di prosecuzione volontaria si trovino in uno stato di non autosufficienza (come definito nella sezione 1.1);
- gli iscritti a cui siano già state diagnosticate una o più delle seguenti patologie:

Patologie oncologiche

- **NEOPLASIA MALIGNA** diagnosticata nei 5 anni precedenti alla data di presentazione della richiesta di prosecuzione volontaria. Si intende una massa di tessuto caratterizzato dalla crescita incontrollata e dalla diffusione di cellule maligne e dalla invasione dei tessuti. Questa definizione include leucemia, linfoma di Hodgkin, e linfoma non Hodgkin ma esclude i tumori di carattere

non invasivo in situ e tumori della pelle diversi dal melanoma invasivo maligno.

Esempio 1: (valido solo per il primo anno di avvio del progetto):

Neoplasia diagnosticata nel 2021 ➢ iscritto non eleggibile all'acquisto della copertura sanitaria LTC

Esempio 2:

Neoplasia diagnosticata nel 2019 ➢ iscritto eleggibile all'acquisto della copertura sanitaria LTC.

Patologie neurodegenerative

- **MALATTIA DI PARKINSON:** Malattia neurodegenerativa i cui sintomi motori tipici sono il risultato della morte delle cellule che sintetizzano e rilasciano la dopamina che si trovano nella substantia nigra, una regione del mesencefalo. La causa che porta alla loro morte è sconosciuta. All'esordio della malattia, i sintomi più evidenti sono legati al movimento, ed includono tremori, rigidità, lentezza nei movimenti e difficoltà a camminare. In seguito, possono insorgere problemi cognitivi e comportamentali, con la demenza che si verifica a volte nelle fasi avanzate.

- **MORBO DI ALZHEIMER E ALTRE FORME DI DEMENZA DEGENERATIVA PROGRESSIVAMENTE INVALIDANTI** (a titolo esemplificativo: demenza frontotemporale, atrofia corticale superiore)

- **SCLEROSI LATERALE AMIOTROFICA (SLA):** Malattia neurodegenerativa progressiva del motoneurone – ad eziologia ignota nel 90-95% dei casi ed ereditaria nel 5-10% dei casi - che colpisce selettivamente i motoneuroni, sia centrali sia periferici. È caratterizzata da rigidità muscolare, contrazioni muscolari e graduale debolezza a causa della diminuzione delle dimensioni dei muscoli.

Altre Patologie

- **INSUFFICIENZA RENALE CRONICA GRAVE:** Si intende l'insufficienza renale in fase finale, caratterizzata da insufficienza cronica irreversibile del funzionamento di entrambi i reni a causa della

quale si intraprende un processo di dialisi o un trapianto di rene.

- **TRAPIANTI:** Si intendono le procedure legate al trapianto di cuore, fegato, polmone, rene, midollo osseo o pancreas.

Patologie cardiovascolari

- **PATOLOGIE A CARICO DELLE VALVOLE CARDIACHE:** Si intendono patologie a carico delle valvole cardiache che abbiano comportato interventi con finalità di riparazione o sostituzione di una valvola anormale o per le quali sia stata posta indicazione all'intervento chirurgico con le finalità sopra menzionate
- **PATOLOGIE A CARICO DELL'AORTA:** Si intendono le patologie a carico dell'aorta che abbiano comportato interventi chirurgici con la finalità di correggere qualsiasi restringimento, dissezione o aneurisma dell'aorta toracica o addominale o per le quali sia stata posta indicazione all'intervento chirurgico con le finalità sopra menzionate
- **PATOLOGIE CARDIACHE:** che abbiano comportato intervento di by-pass delle arterie coronariche,

effettuati al fine di correggere la riduzione od il bloccaggio di una o più arterie coronariche mediante l'aggiunta di by-pass

- **PATOLOGIE CARDIACHE:** che abbiano comportato intervento di angioplastica coronarica (fra le tecniche di intervento sono comprese anche la angioplastica, il laser a eccimeri, la "Rotablation", gli "Stents" e la aterectomia direzionale)
- **INFARTO MIOCARDICO ACUTO:** Si intende la necrosi di una porzione del muscolo cardiaco quale risultato di una inadeguata irrorazione sanguigna come evidenziata da un tipico dolore al petto, alterazioni nell'elettrocardiogramma e un aumento degli enzimi cardiaci.
- **ICTUS:** Si intende un evento cerebrovascolare che, come risultante, crea un danno neurologico permanente. Sono specificamente esclusi attacchi ischemici transitori.



2. Acquisto della copertura sanitaria

1.5 QUALI PRESTAZIONI COMPRENDE LA COPERTURA

In caso di insorgenza della condizione di non autosufficienza è prevista l'erogazione di una rendita monetaria *vita natural durante* pari a euro **12.000/annui** (1.000 euro/mensili).

Di conseguenza, in caso di accertamento della condizione di non autosufficienza, il beneficiario riceverà la rendita prevista per tutta la durata in vita (anche se questa dovesse superare i 74 anni – termine ultimo per l'acquisto della copertura).

La rendita annuale è definita dal Fondo e non si rivaluta sulla base dell'inflazione.

In caso di attivazione della rendita, al beneficiario non verrà più richiesta la corresponsione del premio.

1.6 DURATA DELLA COPERTURA E VERSAMENTO DEL PREMIO

La copertura per la non autosufficienza ha decorrenza dal 1° gennaio al 31 dicembre di ciascun anno. Solo per il primo anno di iscrizione, la copertura ha decorrenza dalla data di invio del questionario di salute incluso nel modulo di iscrizione.

○ Esempio:

Invio del questionario di salute il 16/03/2025

La condizione di non autosufficienza deve essere accertata dal 16/03/2025

Il costo è fisso per ogni annualità, fino al raggiungimento del 74esimo anno di età, e pari a **185 euro/anno**. L'importo è a carico dell'acquirente.

La copertura non si rinnova automaticamente, ma ogni anno deve essere versato il premio definito.

2.1 LA PROCEDURA DI ACQUISTO

2.1.1 La documentazione necessaria

I documenti necessari per la richiesta di iscrizione sono:

- Attestazione della qualifica di pensionato (provvedimento pensionamento)
- Modulo di adesione

2.1.2 Quando acquistare la copertura

La copertura è acquistabile dal 17 marzo al 16 maggio 2025.

Per la popolazione eleggibile indicata nella sezione 1.2, dopo la data del 16 maggio 2025 non sarà più possibile procedere con l'acquisto.

2.1.3 Come procedere all'acquisto

Puoi acquistare la copertura:

- Via area riservata collegandoti al sito www.sanifonds.tn.it. La procedura guidata è veloce e ti permetterà di scegliere le modalità di pagamento
- Presso i nostri uffici previo appuntamento telefonico allo 0461.1780252

2.1.4 Come pagare la copertura

Puoi decidere di pagare:

- con pagamento online (carta di credito, carta prepagata, etc.)
- con bonifico bancario

La modalità di pagamento potrà essere scelta di anno in anno.

2.1.5 La rateazione

Il premio deve essere pagato in una soluzione unica annuale.

2.1.6 Le scadenze di pagamento

Per il primo anno, il pagamento deve essere effettuato entro il 15 giugno 2025. Dal secondo anno in poi il premio dovrà essere corrisposto entro il 31 gennaio.



3. Erogazione della rendita

3.1 QUANDO PRESENTARE LA RICHIESTA DI RENDITA

Sono previste due "finestre" temporali all'interno delle quali presentare la richiesta:

Data di certificazione NA	Richiesta attivazione copertura
01.01 - 30.06	01.07 - 20.09
01.07 - 31.12	07.01 - 10.03

In caso di mancato rispetto delle finestre, il termine massimo entro cui il Fondo riconosce come ammissibile la richiesta è di **15 mesi a far data dall'attestazione della condizione di non autosufficienza** da parte della competente struttura dell'APSS. Trascorso questo termine il diritto all'ottenimento della prestazione viene meno.

Per gli iscritti residenti in aree diverse dalla provincia di Trento, ai fini dell'ammissibilità alla prestazione il Fondo prenderà in esame la documentazione sanitaria attestante la condizione di non autosufficienza rilasciata dalla ASL o altro ente pubblico competente e la documentazione amministrativa comprovante il rilascio dell'indennità di accompagnamento dall'ente pubblico competente.

3.2 QUALI DOCUMENTI SONO NECESSARI PER OTTENERE LA RENDITA

1. **Verbale di accertamento della condizione di non autosufficienza** rilasciato dall'Unità Operativa Medicina Legale;
2. **Fascicolo medico** (referti specialistici, esami, etc.) utilizzato per l'accertamento della condizione di non autosufficienza;
3. Documento comprovante il **rilascio dell'indennità di accompagnamento/attestazione del pagamento dell'indennità di accompagnamento** da parte di **APAPI** (Agenzia provinciale per l'assistenza e la previdenza integrativa).

Esempio di documentazione attestante l'indennità di accompagnamento:

attestazione rilasciata da APAPI; attestazione del pagamento dell'indennità di accompagnamento rilasciata dal caaf/patronato.

Se il verbale contiene una data di revisione

Qualora nel verbale rilasciato dall'Unità Operativa Medicina Legale sia presente una **data di revisione**, il supporto erogato dal Fondo terminerà l'ultimo giorno del mese precedente a quello indicato nella revisione. Se l'esito della revisione confermerà lo stato di non autosufficienza, l'erogazione del supporto riprenderà dal 1° giorno del mese indicato nella revisione.

3.3 MODALITÀ DI INVIO DELLA DOCUMENTAZIONE

La richiesta di rendita può essere presentata utilizzando una delle seguenti modalità:

- > **Area riservata** accessibile al link gestione.sanifonds.tn.it
- > **E-mail**: adesioni@sanifonds.tn.it
- > **consegna cartacea**: esclusivamente previo appuntamento telefonico (0461.1780252)

3.4 CRITERI DI VALUTAZIONE DELLA DOMANDA ED ESITO

La valutazione della domanda di rendita sarà effettuata dagli organismi tecnico-sanitari del Fondo, prendendo in esame:

- a. La documentazione prodotta dall'associato e descritta al precedente capitolo 3.2 (Verbale di accertamento della condizione di non autosufficienza; Fascicolo medico; Documento comprovante il rilascio dell'indennità di accompagnamento/attestazione del pagamento dell'indennità di accompagnamento da parte di APAPI);
- b. La sussistenza delle condizioni e dei requisiti documentali di iscrizione (sezione 1.2 e 1.3);
- c. Assenza di una o più cause di non ammissibilità (patologie pregresse, così come indicate nel precedente nella sezione 1.4).

Al termine della valutazione, il Fondo comunicherà via mail all'iscritto l'esito dell'istruttoria, sia esso positivo che negativo.

Mancato accoglimento

In caso di mancato accoglimento della richiesta, l'iscritto può chiedere al Fondo il **riesame** della pratica compilando l'apposito modulo (disponibile sul sito www.sanifonds.tn.it) – e allegando la documentazione utile allo svolgimento del riesame –, che deve pervenire firmato in tutte le sue parti **entro 30 giorni dalla comunicazione di esito dell'istruttoria**.

Non saranno prese in considerazione richieste pervenute dopo il termine stabilito. La Direzione del Fondo comunicherà all'iscritto l'esito del riesame via mail entro 30 giorni dal giorno di ricezione della richiesta. I riesami che la Direzione indica con esito definitivo non potranno essere nuovamente oggetto di riesame.



4. Note conclusive

3.5 COME VIENE CALCOLATA ED EROGATA LA RENDITA

Per il primo anno, l'importo della rendita verrà calcolato a partire dal 1° giorno del mese successivo alla data di accertamento della condizione di non autosufficienza.

La rendita viene erogata semestralmente tramite bonifico bancario.

La tempistica ordinaria di erogazione della rendita è di **30 giorni lavorativi** dalla data di protocollazione della pratica. La pratica si considera aperta quando la richiesta è stata regolarmente inviata dall'iscritto. Il Fondo si impegna a rispettare detta tempistica, fatte salve situazioni straordinarie non prevedibili.

3.6 COSA PRESENTARE NEGLI ANNI SUCCESSIVI A QUELLO DI ATTIVAZIONE

Dopo l'attivazione della copertura, l'iscritto o suo delegato, **ogni 6 mesi deve presentare attestazione del ricevimento dell'indennità di accompagnamento.**

Periodo rendita	Entro quando presentare documentazione di conferma
I° semestre	01/07 – 20/09
II° semestre	01/01 – 10/03

QUALI DOCUMENTI PRESENTARE?

- > Documento comprovante il **rilascio dell'indennità di accompagnamento/ attestazione del pagamento dell'indennità di accompagnamento** da parte di **APAPI** (Agenzia provinciale per l'assistenza e la previdenza integrativa)

4.1 CONTROVERSIE

Ogni eventuale controversia che dovesse sorgere in relazione all'attuazione del presente contratto sarà rimessa alla competenza esclusiva del Tribunale di Trento.





tel. **0461.1780252**



e-mail **adesioni@sanifonds.tn.it**



sede **Via Ragazzi del '99, n. 29 Trento sud**
(presso lo stabile della Cassa Edile)

