

CONTINUITÀ ASSISTENZIALE EMERGENZA SANITARIA

INFORMATIVA SULLA MALATTIA/INFORTUNIO EXTRAPROFESSIONALE – POLIZZA N. 81302066

GARANZIE ASSICURATE

Sez A. Primi 30 giorni di malattia

Sez. B Infortuni extraprofessionali

Sez. C Invalidità permanente da malattia

Sezione A

Primi 30 giorni di malattia (o infortunio extraprofessionale)

Denuncia apertura da inviare entro 15 giorni

- il luogo di reperibilità del medico durante la malattia (contenute nel modulo gestione pratica)
- l'autocertificazione attestante che svolge/non svolge altri incarichi in convenzione (*art. 17 comma 4 A.C.N.*), con diritto da parte della Società di richiesta di certificazione rilasciata dalla A.S.L. (contenuta nel modulo gestione pratica)
- Copia del certificato medico con diagnosi e prognosi o copia dichiarazione di ricovero/day surgery in Istituto di cura con date d'ingresso e dimissioni (*con diritto da parte della Società di richiesta della copia completa della cartella clinica*);

Documentazione da inviare per completamento pratica malattia/infortunio extraprofessionale:

- copia del/i certificato/i successivo/i al primo a copertura dell'intero periodo di inabilità senza soluzione della continuità;
- tutti i turni assegnati relativi al periodo in cui si verifica l'assenza (*copia del calendario dei turni; possono essere riportati nella dichiarazione ASL. o vedi modulo autocertificazione*);
- dichiarazione rilasciata dalla A.S.L. al termine dell'assenza o trascorsi i primi 30 giorni che attesti:
 - data conferimento incarico con durata e numero delle ore conferite;
 - il periodo di assenza per malattia e/o malattia in gravidanza e/o infortunio extraprofessionale;
 - le ore assegnate e non effettuate nel periodo di assenza;
 - l'assegnazione dei turni ad altro/i sanitario/i con l'indicazione del/i nominativo/i;
 - in caso di plus orario, il dettaglio delle voci dei compensi sulle quali è stato effettivamente versato il contributo associativo dello 0,72 %;
- fotocopia, con diritto di richiesta di esibizione degli originali, delle distinte dei pagamenti effettuati dalla Regione all'Assicurato nei tre mesi antecedenti la malattia;
- copia del certificato di avvenuta guarigione riportante la data della guarigione, l'esistenza o meno di postumi invalidanti e la data di ripresa del lavoro per assenze inferiori a 30 giorni, oppure copia del certificato di continuazione della malattia/infortunio oltre il 30° giorno, unitamente all'autodichiarazione di eventuali postumi invalidanti

TERMINI DI LIQUIDAZIONE:

20 giorni dall'esatta completa documentazione

LIMITI DELLE PRESTAZIONI

- a) per i medici in servizio di Continuità Assistenziale dal primo giorno e fino al 30° giorno - fino a un massimo di 104 ore mensili e di 24 ore settimanali, indipendentemente dai turni di servizio assegnati - per ogni malattia e/o malattia in gravidanza e/o infortunio extra-professionale;
- b) per i medici in servizio di Emergenza Sanitaria dal primo giorno e fino al 30° giorno - fino ad un massimo di 164 ore mensili e di 38 ore settimanali, indipendentemente dai turni di servizio assegnati - per ogni malattia e/o malattia in gravidanza e/o infortunio extra-professionale;
- c) con il massimo della media oraria dei turni effettuati nei tre mesi precedenti alla data di accadimento del sinistro, la liquidazione prevede l'applicazione dei seguenti scoperti:
 - sul 1° sinistro 20% di scoperto;
 - sul 2° sinistro (entro 365 dal primo) 32,5% di scoperto;
 - sul 3° sinistro (entro 365 dal primo) 50% di scoperto.
- d) tuttavia, in caso di richieste di liquidazione per assenza dovuta a:
 - "Gravi mali" verrà sempre applicato lo scoperto del 20% indipendentemente dal numero dei sinistri denunciati nel corso del periodo di osservazione di 365 giorni dal primo sinistro.
 - Intervento chirurgico con ricovero presso struttura sanitaria e/o day surgery verrà applicato lo scoperto relativo all'eventuale sinistro precedente e non incide sul numero progressivo di sinistri nel periodo di osservazione di 365 giorni dal primo sinistro.
- e) viene rimborsato l'aborto, spontaneo o terapeutico, con il massimo della media oraria dei turni effettuati nei tre mesi precedenti a quelli di accadimento del sinistro e fino alla concorrenza massima di euro 1000.
- f) in presenza di plus orario - fermo restando il monte ore annuale complessivo ed il versamento della quota dello 0,72% - la Società - previa dichiarazione rilasciata dalla ASL che attesti l'esistenza in vigore del plus orario e l'avvenuto regolare versamento della quota 0,72% s'impegna a pagare il medico secondo le modalità espresse in polizza, anche se le ore d'incarico superano quelle previste dal presente articolo.

Esclusioni – Sono esclusi dall'assicurazione:

- interruzione volontaria della gravidanza (legge n. 194 del 22/05/1978 e successive modifiche);
- maternità, nei due mesi antecedenti la data presunta del parto e nei tre mesi successivi la data effettiva del parto (ai sensi della legge n. 379 del 11/12/1990 e successive modifiche);
- cure termali;
- alcolismo, tossicodipendenza;
- infermità mentale, secondo quanto stabilito dall'art. 19 comma f dell'A.C.N.;
- uso non terapeutico di stupefacenti o psicofarmaci;
- infortuni professionali (tutelati da altra polizza secondo gli articoli 73 (per la CA) e 99 (per l'ES) dell'ACN);
- azioni dolose commesse o tentate dall'Assicurato, atti contro la propria persona da lui volontariamente compiuti o consentiti;
- quanto previsto dagli artt. 18 e 19 dell'A.C.N..

Sono inoltre escluse dalla garanzia la malattia e/o la malattia in gravidanza e/o per infortunio extraprofessionale senza ricovero che abbiano colpito il medico assicurato nei quindici giorni immediatamente successivi alla ripresa del lavoro con effettuazione di un turno completo.

SEZIONE B Infortuni

La denuncia deve pervenire **entro 15 giorni** dall'infortunio; deve riportare: l'indicazione del luogo, giorno ed ora dell'evento e delle cause che lo determinarono, corredata di certificato medico.

Inviare, sino a guarigione avvenuta, certificati medici sul decorso delle lesioni.

Per le procedure del rimborso assicurativo Vedi SEZIONE A – Primi 30 giorni di malattia

Invalidità Permanente da infortunio extraprofessionale e Morte da Infortunio extraprofessionale

L'assicurazione vale per i rischi extraprofessionali

Somma assicurata: 150.000,00 euro per Invalidità Permanente da Infortunio extraprofessionale Somma assicurata:

100.000,00 euro per Morte da Infortunio extraprofessionale

Termini di liquidazione:

Se l'invalidità permanente accertata supera il **10%** inviare la chiusura allegando copia della perizia medico- legale richiedendo la visita del medico fiduciario della Società.

Ricevuta la necessaria e completa documentazione e compiuta la visita definitiva, la Società formula la proposta per l'indennizzo che risulta dovuto o respinge la richiesta e ne dà comunicazione agli interessati entro 30 giorni lavorativi, dall'effettuazione della visita definitiva da parte del fiduciario della Società.

Avuta notizia dell'accettazione della proposta, provvede al pagamento entro 15 giorni lavorativi dalla ricezione della proposta controfirmata per accettazione da parte dell'assicurato.

L'Assicurato, i suoi familiari od aventi diritto, devono consentire alla visita di medici della Società ed a qualsiasi indagine od accertamento che questa ritenga necessari, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che hanno visitato e curato l'Assicurato stesso.

Quando l'infortunio abbia cagionato la morte dell'Assicurato o quando questa sopravvenga durante il periodo di cura, deve esserne dato immediato avviso alla Società

Franchigia assoluta per invalidità permanente da infortunio

La somma assicurata per invalidità permanente da infortunio è soggetta alle seguenti franchigie assolute:

% di invalidità permanente	% da liquidare	% di invalidità permanente	% da liquidare
Da 1,00 a 10,00	0	58,00	74,00
Da 11,00 a 49	% accertata-10%	59,00	77,00
50,00	50,00	60,00	80,00
51,00	53,00	61,00	83,00
52,00	56,00	62,00	86,00
53,00	59,00	63,00	89,00
54,00	62,00	64,00	92,00
55,00	65,00	65,00	95,00
56,00	68,00	66,00	98,00
57,00	71,00	67,00	100,00

Se l'infortunio ha per conseguenza una invalidità permanente pari o superiore al **60%** dalla quale ne consegue la perdita dei requisiti ad esercitare l'attività di Medico di Medicina Generale in regime di convenzione, verrà liquidato un importo pari al **100%** della somma assicurata.

Esclusioni e Criteri di indennizzabilità: Sono esclusi dall'assicurazione:

- gli infortuni avvenuti in occasione di guerra ed insurrezione (salvo quanto previsto dal precedente art.B6);
- gli infortuni derivanti dalla partecipazione a corse e gare (e relative prove o allenamenti) comportanti l'uso di veicoli o natanti a motore, salvo che si tratti di gare di regolarità pura;
- gli infortuni causati da ubriachezza, abuso di psicofarmaci, uso di sostanze stupefacenti o allucinogene; nonché quelli avvenuti in stato di epilessia, non controllata da terapia;
- gli infortuni derivanti da delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;
- le conseguenze di operazioni chirurgiche o di trattamenti non resi necessari da infortunio;
- le conseguenze dirette od indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo, come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;
- le conseguenze dirette o indirette di contaminazioni chimiche o biologiche a seguito di atti di terrorismo;
- gli infortuni professionali nei casi previsti dall'art. 73 e dall'art. 99 dell'Acn.

La Società corrisponde l'indennizzo soltanto per le conseguenze dirette ed esclusive dell'infortunio che risulti indennizzabile a termine di polizza, indipendentemente da condizioni fisiche o patologiche preesistenti o sopravvenute; pertanto l'influenza che l'infortunio può aver esercitato su tali condizioni, come pure il pregiudizio che esse possono portare all'esito delle lesioni prodotte dall'infortunio, sono conseguenze indirette e quindi non indennizzabili.

Nei casi di preesistenti mutilazioni o difetti fisici, l'indennizzo per invalidità permanente è liquidato per le sole conseguenze dirette cagionate dall'infortunio come se esso avesse colpito una persona fisicamente integra, senza riguardo al maggior pregiudizio derivato dalle condizioni preesistenti. Anticipi:

La Società, su richiesta dell'Assicurato, corrisponde un anticipo dell'indennizzo per le garanzie operanti, da imputarsi nella liquidazione definitiva delle stesse con il massimo di euro 50.000, nel caso d'invalidità permanente, quando l'accertamento definitivo sia rinviato ad oltre 2 anni dal giorno dell'infortunio.

Somma assicurata: 125.000,00 euro

SEZIONE C

Invalidità permanente da malattia

L'assicurazione viene estesa al caso di invalidità permanente conseguente a malattia.

Denuncia dell'invalidità da malattia:

La denuncia deve pervenire alle Generali entro 30 giorni dalla sua diagnosi oppure dal momento in cui l'Assicurato ne abbia avuta la possibilità.

L'Assicurato deve inviare alla Società, certificati medici, copia delle cartelle cliniche ed ogni altro documento che attesti il decorso e le conseguenze della malattia.

Termini di liquidazione:

Trascorsi **180** giorni dalla denuncia della malattia e comunque **non oltre 540** giorni dalla data della stessa, l'Assicurato se l'invalidità permanente accertata supera il 25% deve presentare certificazione medica attestante l'invalidità permanente direttamente ed esclusivamente residua dalla malattia denunciata, richiedendo la visita del medico fiduciario della Società.

Ricevuta la necessaria e completa documentazione e compiuta la visita definitiva, la Società formula la proposta per l'indennizzo che risulta dovuto o respinge la richiesta e ne dà comunicazione agli interessati entro 30 giorni lavorativi, dall'effettuazione della visita definitiva da parte del fiduciario della Società.

Avuta notizia dell'accettazione della proposta, provvede al pagamento entro 15 giorni lavorativi dalla ricezione della proposta controfirmata per accettazione da parte dell'assicurato.

Invalidità permanente parziale:

Se la malattia ha per conseguenza una invalidità permanente la Società liquida a tale titolo, un indennizzo applicando alla somma assicurata per invalidità permanente totale la percentuale individuata nella seguente tabella in corrispondenza del grado di invalidità accertata.

A Grado Accertato di invalidità	B % da liquidare	A Grado Accertato di invalidità	B % da liquidare	A Grado Accertato di invalidità	B % da liquidare	A Grado Accertato di invalidità	B % da liquidare
Da 1 a 25	0	34	19	44	39	71	76
25	1	35	21	45	41	72	78
26	3	36	23	46	43	73	80
27	5	37	25	47	45	74	82
28	7	38	27	48	47	75	84
29	9	39	29	Da 49 a 66	=alla%accertata	76	87
30	11	40	31	67	68	77	90
31	13	41	33	68	70	78	93
32	15	42	35	69	72	79	97
33	17	43	37	70	74	80 e oltre	100

Tuttavia se la malattia ha per conseguenza una invalidità permanente pari o superiore al 60% dalla quale ne consegua la perdita dei requisiti ad esercitare l'attività di Medico di Medicina Generale in convenzione, verrà liquidato un importo pari al 100% della somma assicurata.

Esclusioni e Criteri di indennizzabilità:

L'assicurazione non comprende le invalidità permanenti derivanti direttamente o indirettamente da:

- a) *stati invalidanti, preesistenti alla stipulazione del contratto;*
- b) *situazioni patologiche manifestatesi - cioè diagnosticate e/o curate antecedentemente la data di stipulazione del presente contratto;*
- c) *malattie mentali;*
- d) *abuso di alcoolici od uso, a scopo non terapeutico, di psicofarmaci e di stupefacenti;*
- e) *trasmutazione del nucleo dell'atomo come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche, salvo che siano causate da radiazioni conseguenti a terapie mediche necessarie per la cura di malattie dell'Assicurato;*
- f) *sieropositività HIV e sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS).*

Tuttavia per le conseguenze dirette ed indirette di malattie pregresse alla stipula della polizza e/o all'entrata in garanzia che abbiano avuto guarigione clinica o silenzio sintomatologico per 10 anni dall'entrata in garanzia del medico assicurato si procederà alla liquidazione del capitale assicurato in caso di IPM accertata superiore al 60% o nel caso in cui la malattia comporti la cessazione del rapporto convenzionale di Medico di Assistenza Primaria sempreché l'IPM accertata sia non inferiore al 50%

A parziale deroga di quanto sopra previsto le invalidità permanenti derivanti direttamente o indirettamente da Sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS) si procederà alla liquidazione del capitale assicurato in caso di IPM accertata superiore al 60% o nel caso in cui la malattia comporti la cessazione del rapporto convenzionale di Medico di Assistenza Primaria sempreché l'IPM accertata sia non inferiore al 50%.

La Società corrisponde l'indennizzo soltanto per le conseguenze dirette ed esclusive della singola malattia denunciata ed indennizzabile a termini di polizza indipendentemente dal maggior pregiudizio derivante da situazioni patologiche o infermità preesistenti alla stipulazione del contratto e/o mutilazioni o difetti fisici.

Cumulo delle indennità:

L'indennizzo liquidato per invalidità permanente da malattia non è cumulabile, per un medesimo evento, con l'indennizzo dovuto a titolo di invalidità permanente da infortunio.

L'indennizzo liquidato per invalidità permanente da malattia non è altresì cumulabile, per un medesimo evento, con l'indennizzo dovuto a titolo di invalidità permanente da malattia in qualità di medico di continuità assistenziale, nel caso in cui il medico di assistenza primaria esplicasse il doppio incarico.

Controversie - Commissione Paritetica

In caso di significativa divergenza sulla natura e/o sulla durata dell'evento (per la sez. A), sulla natura o sulle conseguenze delle lesioni, sul grado di invalidità permanente (per le sez. B e C) nonché sull'applicazione dei criteri di indennizzabilità è stata istituita una Commissione Paritetica cui è demandata la valutazione - al fine di una composizione amichevole - se ed in quale misura siano dovuti gli indennizzi, a norma e nei limiti delle Condizioni di polizza. In caso di persistente disaccordo fra le Parti rimane fermo l'obbligo di conferimento al Collegio arbitrale.

La Commissione Paritetica sarà formata da una rappresentanza della Società e da un rappresentante competente in materia di ciascuna delle Organizzazioni Sindacali contraenti, che s'incontreranno presso la sede dell'agenzia alla quale è assegnato il contratto.