

ASSISTENZA PRIMARIA

INFORMATIVA SULLA MALATTIA/INFORTUNIO – POLIZZA n. 81301025

GARANZIE ASSICURATE

- Sez. A Primi 30 giorni di malattia
- Sez. B Infortuni
- Sez. C Invalidità permanente da malattia

SEZIONE A

Primi 30 giorni di malattia (infortunio)

Denuncia apertura da inviare entro 15 giorni

da cui si evinca:

- Modulo per la Gestione della Pratica
- copia del certificato medico con diagnosi e prognosi o copia certificato dell'Istituto di cura con date d'ingresso e dimissioni in caso di:
 - malattia e/o malattia in gravidanza e/o infortunio che comporti ricovero in Istituto di cura, Day Hospital con intervento chirurgico, Day Surgery;
 - Day Hospital per malattia oncologica anche senza intervento chirurgico;
 - malattia e/o malattia in gravidanza che comporti ricovero in Day Hospital per prestazioni diagnostiche invasive: amniocentesi, endoscopie con biopsia, biopsie, coronografie, eliminazione dei calcoli renali attraverso bombardamento/laser;
 - infortunio senza ricovero che abbia per conseguenza un grave traumatismo (immobilizzazioni e/o gessatura superiori a 40 giorni)

Documentazione da inviare per completamento pratica malattia/infortunio:

- copia del/i **certificato/i** successivo/i al primo a copertura dell'intero periodo di inabilità senza interruzione di continuità;
- la **dichiarazione** rilasciata dalla **A.S.L.** al termine dell'assenza, o trascorsi i primi 30 giorni, che attesti il periodo e l'avvenuta sostituzione per malattia/infortunio con altro sanitario;
- fotocopia, con diritto di richiesta di esibizione degli originali, delle distinte dei pagamenti effettuati dalla ASL nei tre mesi antecedenti la malattia/infortunio;
- **copia della fattura** o ricevuta fiscalmente valida rilasciata dal medico sostituto, quietanzata per avvenuto pagamento, che riporti la descrizione del servizio reso (sostituzione) e del periodo durante il quale il servizio stesso è stato effettuato.
- **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 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 dal ricevimento dall'esatta e completa documentazione.

Franchigie:

- **5 giorni di franchigia:**
 - senza ricovero in Istituto di Cura autorizzato (pubblico o privato)
 - ricovero in day hospital senza intervento chirurgico

Nessuna franchigia:

- ricovero in Istituto di Cura autorizzato (pubblico o privato);
- ricovero in day surgery
- ricovero in day hospital con intervento chirurgico e per prestazioni diagnostiche invasive (amniocentesi, endoscopie con biopsia, biopsie, coronografie, eliminazione dei calcoli renali attraverso bombardamento/laser);
- ricovero in day hospital per malattia oncologica anche senza intervento chirurgico;
- infortunio senza ricovero che abbia come conseguenza un grave traumatismo, (immobilizzazioni e/o gessatura superiori a 40 giorni)
- aborto, spontaneo o terapeutico fino alla concorrenza massima di rimborso di euro 1.000.

Franchigia totale:

Sono **escluse dalla garanzia** le malattie e/o infortuni che abbiano colpito il medico assicurato nei 15 giorni immediatamente successivi alla chiusura di ogni precedente periodo di malattia per il quale sia stato richiesto il rimborso a termini della presente assicurazione.

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;
- 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..

RIMBORSO DELL'EFFETTIVA SPESA SOSTENUTA DALL'ASSICURATO

Premesso che il **compenso** spettante al medico sostituto è regolato all'Allegato C commi 1-2-3-4-5 ACN, la Società assicuratrice corrisponde al medico titolare il **rimborso** dell'effettiva spesa sostenuta a presentazione della fattura quietanzata rilasciatagli dal sostituto.

Detto rimborso sarà corrisposto *entro il limite massimo di un importo giornaliero* calcolato secondo un indice forfetario di riferimento pari ad 1/90 delle competenze percepite dal medico titolare nei tre mesi antecedenti il mese in cui si è verificata la malattia/infortunio, di cui all' art. 59 lettera A comma 1 (quota capitaria) e secondo quanto previsto all' allegato C commi 1 e 3 del richiamato A.C.N

Se l'Assicurato si assenta per malattia e/o malattia in gravidanza e/o infortunio nei primi tre mesi dall'iscrizione negli elenchi delle AA.SS.LL., l'indice di riferimento è rapportato ai primi tre mesi di lavoro.

SEZIONE B

Infortunio

La denuncia deve pervenire entro 15 giorni dall'infortunio e 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

Invalità permanente da infortunio - Morte da infortunio: L'assicurazione vale per i rischi professionali ed extraprofessionali

Somma assicurata: 150.000,00 euro per Invalità Permanente da Infortunio

Somma assicurata: 100.000,00 euro per Morte da Infortunio

Termini di liquidazione:

Se l'invalità permanente accertata supera il **10%** inviare copia della perizia medicolegale 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 invalità permanente da infortunio

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

% di invalità permanente	% da liquidare	% di invalità 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 invalità 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 nel caso in cui il medico di assistenza primaria esplicasse il doppio incarico.

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 invalità 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'invalità permanente, quando l'accertamento definitivo sia rinviato ad oltre 2 anni dal giorno dell'infortunio.

SEZIONE C

Invalità permanente da malattia

Somma assicurata: 125.000,00 euro: 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.

Invalità 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						
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:

- *stati invalidanti, preesistenti alla stipulazione del contratto;*
- *situazioni patologiche manifestatesi - cioè diagnosticate e/o curate antecedentemente la data di stipulazione del presente contratto;*
- *malattie mentali;*
- *abuso di alcoolici od uso, a scopo non terapeutico, di psicofarmaci e di stupefacenti;*
- *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;*
- *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 OO.SS. contraenti, che s'incontreranno presso la sede dell'agenzia alla quale è assegnato il contratto.