

APPENDICE DI VARIAZIONE N. 64

Polizza n. 2106.30.300061

Contraente Fondazione E.n.p.a.m.

La presente appendice di variazione ha effetto dalle ore 24.00 del 31/03//2024

Appendice n 64 sulla polizza n° 2106.30.300061 Cattolica Assicurazioni in coassicurazione con Allianz Viva S.p.A

Cattolica Assicurazioni è un marchio commerciale di Generali Italia SpA

Con la presente appendice, d'accordo tra le Parti, si prende atto di quanto segue:

Premesso che:

In data 11 ottobre 2022, tra l'Inps e le organizzazioni sindacali di categoria maggiormente rappresentative in ambito nazionale, è stato sottoscritto l'Accordo Collettivo Nazionale per il conferimento di incarichi professionali a medici, finalizzati ad assicurare il presidio delle funzioni relative all'invalidità civile e delle attività medico - legali in materia previdenziale e assistenziali affidate all'INPS, ai sensi della Legge 27 dicembre 2019 n. 160 e Atto di indirizzo di cui al D.M. 12.02.2021;

l'Accordo Collettivo Nazionale regola il rapporto di lavoro autonomo convenzionato tra l'INPS ed i medici convenzionati esterni componenti delle commissioni INPS per lo svolgimento di attività convenzionata libero professionale, finalizzata ad assicurare il presidio delle funzioni relative all'invalidità civile e delle attività medico - legali in materia previdenziale e assistenziali affidate all'INPS;

tra l'ENPAM - Ente Nazionale di Assistenza dei Medici ed Odontoiatri

e

SOCIETA' ASSICURATRICI	QUOTA
Società Cattolica di Assicurazioni SpA	60%
Allianz Viva SpA	40%

è stata sottoscritta una polizza assicurativa per la copertura dei primi trenta giorni di malattia ed eventuali conseguenze di lungo periodo, Invalidità permanente e Caso Morte in conseguenza di Infortunio, a seguito di una procedura ad evidenza pubblica con **CIG N° 9469666797**.

La base di gara prevedeva la possibilità di aumentare la popolazione assicurata fino ad un massimo di un terzo.

Considerato che l'importo stimato per l'inclusione dei medici convenzionati esterni INPS si basa su un monte compensi individuale di circa euro 68.500,00.

Tutto ciò premesso e considerato, le Parti concordano di estendere la polizza al nuovo settore, alle condizioni e garanzie integrative come di seguito disciplinato, lasciando invariato il contributo offerto in sede di gara pari a 0,72% da calcolarsi sull'ammontare dei compensi previsti dall'ACN di riferimento.

Le Parti concordano di inserire in polizza un nuovo settore, con le specifiche contrattuali e le garanzie come di seguito disciplinato, che integrano il contratto in essere, ferma la validità delle altre garanzie nei confronti della nuova categoria dei medici convenzionati esterni INPS

SETTORE MEDICI CONVENZIONATI ESTERNI COMPONENTI COMMISSIONI INPS

1. L'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici convenzionati esterni componenti delle commissioni d'invalidità INPS, in vigore dal 01/04/2024 ai sensi del Legge 27 dicembre 2019 n. 160 e Atto di indirizzo di cui al D.M. 12.02.2021 e successive modificazioni ed integrazioni, stabilisce che venga stipulata una polizza assicurativa per coprire i rischi economici dei medici convenzionati esterni INPS che divengano temporaneamente e totalmente inabili all'esercizio dell'attività professionale e sospendano l'attività, in dipendenza di malattia e/o malattia in gravidanza e/o infortunio, ai sensi dell'Art. 26 commi 4, 5 e 6 dell'ACN.
2. Il suddetto Accordo Collettivo Nazionale stabilisce all'art. 26 comma 4 che: "Per far fronte al pregiudizio economico derivante dagli eventi di malattia e di infortunio, anche in relazione allo stato di gravidanza e secondo il disposto del D. Lgs. 26 marzo 2001 n. 151, e dalle conseguenze economiche di lungo periodo, è posto a carico dell'INPS un onere pari allo 0,72% dei compensi di cui al presente Accordo".

Con le stesse cadenze previste per il versamento del contributo previdenziale, l'INPS provvede mensilmente a versare ad ENPAM un contributo dello 0,72% sull'ammontare dei compensi previsti dal suddetto ACN, affinché provveda in merito.

3. Le eventuali conseguenze economiche di lungo periodo sono assicurate tramite le coperture

per morte da infortunio, invalidità permanente da infortunio e invalidità permanente da malattia.

DEFINIZIONI

ASSICURATO: il medico convenzionato esterno componente delle commissioni d'invalidità INPS identificato tramite il Contraente il cui rapporto di lavoro autonomo, continuativo e coordinato è regolato dall'A.C.N. e ss.mm.ii.

A.C.N. MEDICI COMMISSIONI INPS: Accordo Collettivo Nazionale per il conferimento di incarichi professionali a medici, finalizzati ad assicurare il presidio delle funzioni relative all'invalidità civile e alle attività medico-legali in materia previdenziale e assistenziale affidate all'Inps (legge 27 dicembre 2019 n 160 a Atto d'indirizzo di cui al D.M. 12/02/2021)

ORGANIZZAZIONI SINDACALI (OO.SS.): l'insieme dei sindacati firmatari dell'A.C.N. per la disciplina dei rapporti con i medici delle commissioni INPS ai sensi del legge 27 dicembre 2019 n 160 a Atto d'indirizzo di cui al D.M. 12/02/2021 e ss.mm.ii

PREMIO: la somma versata per il tramite della Contraente e dovuta alla Società, secondo le modalità previste dall'A.C.N. dei medici convenzionati esterni all'Art. 26 comma 5, riferita al periodo di durata della presente Assicurazione, comprese eventuali proroghe.

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE RELATIVE AL SETTORE DEI MEDICI DELLE COMMISSIONI INPS

ART. 1 - OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

La Società corrisponde all'Assicurato che, per malattia e/o per malattia in gravidanza e/o per infortunio, si trovi nell'impossibilità di prestare la propria opera di medico convenzionato esterno componente delle commissioni INPS, ed abbia comunicato tale impossibilità alla sede INPS di competenza, un indennizzo - nei limiti riportati al successivo Art. 2 - pari alle competenze spettanti, ma non percepite, sulla base dei compensi previsti rispettivamente dall'Art. 25 dell'ACN.

Tuttavia, esclusivamente per le assenze superiori a 30 giorni dovute a "Gravi Mali", si potrà considerare la media dei cedolini degli ultimi tre mesi consecutivi lavorati.

Nel caso di un medico all'inizio dell'incarico che, per malattia/infortunio, non abbia ancora maturato tre cedolini consecutivi, si potrà considerare, ai fini del calcolo della liquidazione, il primo cedolino maturato precedente o successivo al periodo di assenza per il quale si richiede l'indennizzo.

La garanzia verrà prestata anche nei casi di ricovero per malattia e/o infortunio del/la figlio/a minore. In questo caso dovrà essere presentata la lettera di dimissione o qualsiasi altro documento atto a dimostrare l'avvenuto ricovero.

ART. 2 – LIMITE DELLE PRESTAZIONI

La Società, al verificarsi di una malattia e/o di un infortunio, corrisponde al medico convenzionato esterno un indennizzo pari alle competenze spettanti, ma non percepite, come sopra indicato, esclusivamente per l'attività di medico convenzionato in servizio nelle Commissioni INPS prevista dall'ACN.

Il suddetto rimborso sarà calcolato con decorrenza dal:

- a) per i medici in servizio nelle Commissioni INPS con incarico a 35 ore settimanali, dal primo giorno e fino al 30° giorno - fino ad un massimo di 152 ore mensili, indipendentemente dai turni di servizio assegnati - per ogni malattia e/o malattia in gravidanza e/o infortunio professionale ed extra-professionale;
- b) per i medici in servizio nelle Commissioni INPS con incarico a 28 ore settimanali, dal primo giorno e fino al 30° giorno - fino ad un massimo di 121 ore mensili, indipendentemente dai turni di servizio assegnati - per ogni malattia e/o malattia in gravidanza e/o infortunio professionale ed extra-professionale;
- c) per i medici in servizio nelle Commissioni INPS con incarico a 21 ore settimanali, dal primo giorno e fino al 30° giorno - fino ad un massimo di 91 ore mensili, indipendentemente dai turni di servizio assegnati - per ogni malattia e/o malattia in gravidanza e/o infortunio professionale ed extra-professionale.

Con il massimo della media oraria dei turni effettuati nei tre mesi precedenti a quello di accadimento del sinistro, la liquidazione prevede l'applicazione dei seguenti scoperti:

- sul 1° sinistro 15% di scoperto;
- sul 2° sinistro (entro 365 giorni dal primo) 22,50% di scoperto;
- dal 3° sinistro (entro 365 giorni dal primo) 40% di scoperto.

Tuttavia, si applicheranno i seguenti scoperti:

- in caso di richieste di liquidazione per assenza dovuta a “Gravi Mali”, verrà sempre applicato lo scoperto del 10%;
- in caso di ricovero in Istituto di Cura per malattia e/o infortunio di un figlio/a minore di 18 anni, verrà applicato sulla liquidazione lo scoperto del 10%, indipendentemente dal numero dei sinistri denunciati nel corso del periodo di osservazione di 365 giorni dal primo sinistro;
- in caso di 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, con il massimo della media oraria dei turni effettuati nei tre mesi precedenti a quello di accadimento del sinistro e fino alla concorrenza massima di rimborso di euro 2.000,00 per aborto, spontaneo o terapeutico
- in caso di richieste di liquidazione per assenza dovuta a grave traumatismo verrà applicato lo scoperto del 15%, indipendentemente dal numero dei sinistri denunciati nel corso del periodo di osservazione di 365 giorni dal primo sinistro.

Nel caso in cui, in presenza di plus orario - fermo restando il monte ore annuale complessivo ed il versamento della quota dello 0,72% (zerosettantaduepercento) - i medici delle Commissioni INPS in taluni periodi abbiano incarichi settimanali per un numero di ore eccedente quello previsto in polizza, la Società – previa dichiarazione rilasciata dall’INPS che attesti l’esistenza in vigore del plus orario e l’avvenuto regolare versamento della quota dello 0,72% (zerosettantaduepercento) – s’impegna a pagare il medico secondo le modalità espresse nella presente sezione in polizza, anche se le ore d’incarico superano quelle previste dal presente articolo.

Il rimborso **non** viene corrisposto qualora l’impossibilità dell’Assicurato di prestare la propria opera sia dovuta a:

1. 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 dell’11/12/1990 come modificata dal D.lgs.26.03.2001 n.151);
2. interruzione volontaria della gravidanza (legge n. 194 del 22/05/1978 e successive modifiche);
3. cure termali;
4. alcolismo, tossicodipendenza;
5. infermità mentale;

6. uso non terapeutico di stupefacenti o psicofarmaci;
7. azioni dolose commesse o tentate dall'Assicurato, atti contro la propria persona da lui volontariamente compiuti o consentiti;
8. quanto previsto dall'art. Art. 15 dell'ACN.

Sono inoltre escluse dalla garanzia le malattie senza ricovero (fatta eccezione per i Gravi Mali e l'infortunio, comunque sempre inclusi in garanzia) che abbiano colpito il medico assicurato, o il figlio minore, nei quindici giorni immediatamente successivi alla chiusura di ogni precedente periodo di malattia per il quale sia stato richiesto il rimborso a termini della presente assicurazione.

ART. 3 - DENUNCIA DI MALATTIA E DELLA SOSTITUZIONE

L'Assicurato deve inviare le comunicazioni alternativamente tramite raccomandata PEC, telefax, piattaforma web, presso l'Ufficio di Direzione indicato dalla Società in sede di offerta, ovvero come indicato in sede di gara:

SOCIETA'	COGNOME RISORSA	N° FAX	PEC
Società Cattolica di Assicurazione Spa - Agenzia Roma Grandi Rischi, Piazza Sallustio n 9, 00187 Roma	Ufficio Sinistri	06/92912306	30ggmalattia.cattolica@legalmail.it 30gginfortuni.cattolica@legalmail.it

L'inizio della malattia e/o malattia in gravidanza e/o infortunio, che comporti l'impossibilità di prestare la propria opera, deve essere comunicata entro dieci giorni dall'inizio della malattia/infortunio stessa/o, ovvero dalla dimissione dall'Istituto di Cura, ovvero da quando comunque ne abbia avuto la possibilità (con la prova dell'impossibilità).

Detta comunicazione deve contenere il luogo di reperibilità dell'Assicurato durante il periodo di malattia/infortunio, nonché un certificato medico con diagnosi e prognosi di malattia e/o

malattia in gravidanza e/o infortunio.

In caso di grave traumatismo, deve contenere certificato - corredato di referto radiologico - rilasciato da Istituto di Cura (pronto soccorso, ecc.) o dal medico che ha prestato il primo soccorso con diagnosi e prognosi e che attesti l'avvenuta immobilizzazione.

L'Assicurato deve inoltre esibire la seguente documentazione:

1. certificato medico - con diagnosi e prognosi - o dichiarazione di ricovero in Istituto di Cura con date di ingresso e di dimissione (con diritto da parte della Società di richiesta della copia completa della cartella clinica);
2. dichiarazione rilasciata dall'INPS, al termine della malattia o passati i primi trenta giorni dall'inizio della stessa, che attesti il periodo di malattia e/o infortunio;
3. certificazione medica e dichiarazione rilasciata dall'INPS che attesti l'avvenuta sostituzione per un periodo continuativo di almeno 20 giorni, in caso di assenza per grave traumatismo;
4. copia, con diritto della Società di richiesta di esibizione degli originali, delle distinte dei pagamenti effettuati dall'INPS all'Assicurato nei tre mesi antecedenti la malattia.

Nel caso di un medico all'inizio dell'incarico che, per malattia/infortunio, non ha ancora maturato tre cedolini consecutivi, si potrà considerare per il calcolo della liquidazione il primo cedolino maturato precedente o successivo al periodo di assenza per il quale si richiede l'indennizzo;

5. certificato di avvenuta guarigione con relativa data di ripresa lavoro o di continuazione oltre il trentesimo giorno;
6. autocertificazione attestante che svolga/non svolga altri incarichi in convenzione, con diritto da parte della Società di richiesta di certificazione rilasciata dall'INPS;
7. codice IBAN;
8. in caso di ricovero di un figlio/a minore di 18 anni, dichiarazione di ricovero e/o lettera di dimissioni in Istituto di Cura nelle quali siano indicate le date di ingresso e di dimissione (con diritto da parte della Società di richiesta della copia completa della cartella clinica entro e non oltre due anni dalla liquidazione del sinistro).

In caso di richieste di liquidazione per malattia/infortunio l'indice di riferimento è rapportato alle distinte dei pagamenti effettuati dall'INPS all'Assicurato relative agli ultimi tre mesi consecutivi lavorati precedenti all'evento per:

1. malattia dovuta a Gravi Mali;
2. malattia e/o infortunio successivi al periodo di cui all'Art. 17 commi 2 e 3 dell'ACN;
3. malattia successiva ad un periodo di assenza per infortunio superiore a 30 giorni;
4. infortunio successivo ad un periodo di assenza per malattia superiore a 30 giorni.

Per i medici convenzionati esterni delle commissioni INPS l'assicurazione infortuni viene estesa ai rischi professionali ed extraprofessionali come previsto alle condizioni di polizza nella Sezione Infortuni.

Tuttavia, se l'infortunio ha per conseguenza una invalidità permanente pari o superiore al 50%, dalla quale consegue la perdita dei requisiti ad esercitare l'attività convenzionale autonoma, verrà liquidato un importo pari al 100% della somma assicurata.

Laddove il medico fosse già presente in una delle categorie già assicurate dalle precedenti polizze:

1. Polizze Generali Assicurazioni n. 81301025 n.81302066
2. Polizza Cattolica Assicurazioni n. 2106.30.300039
3. Polizza Cattolica Assicurazioni n. 2106.30.300061

la data di decorrenza è la medesima prevista dalla garanzia Invalidità permanente da malattia all'Art.1 delle condizioni di polizza.

*******FERMO IL RESTO*******

GENERALI ITALIA SPA

IL CONTRAENTE

ALLEGATO N 1 COASSICURAZIONE

Polizza n 2106.30.300061

Contraente Fondazione E.n.p.a.m.

COASSICURAZIONE E DELEGA

L'assicurazione è ripartita in quote fra le Compagnie di seguito elencate. Ciascuna è tenuta alla prestazione in proporzione alla rispettiva quota, quale risulta dal contratto, esclusa ogni responsabilità solidale. Tutte le comunicazioni relative al contratto, comprese quelle relative al recesso e alla disdetta, devono trasmettersi dall'una all'altra parte unicamente per il tramite di Cattolica, all'uopo designata come Coassicuratrice Delegataria. Ogni comunicazione si intende fatta o ricevuta dalla Delegataria nel nome e per conto di tutte le Coassicuratrici. Queste ultime saranno tenute a riconoscere come validi ed efficaci anche nei propri confronti tutti gli atti di ordinaria gestione compiuti dalla Delegataria. Ogni modifica al contratto che richieda una nuova stipulazione scritta impegna ciascuna di esse solo dopo la firma dell'atto relativo. Cattolica in qualità di Delegataria è anche incaricata dalle Coassicuratrici all'incasso dei premi o degli importi comunque dovuti dal Contraente in base alle condizioni di assicurazione, contro rilascio delle relative quietanze nonché della liquidazione dei danni. Scaduto il termine contrattuale del pagamento del premio, Cattolica può sostituire le quietanze eventualmente mancanti delle altre Coassicuratrici con altra propria rilasciata in loro nome e per loro conto.

RIPARTO QUOTE COASSICURAZIONE

Compagnia	n polizza	Quota%
CATTOLICA	2106.30.300061	60,00%
ALLIANZ VIVA		40,00%
TOTALE		100,00 %

GENERALI ITALIA SpA

IL CONTRAENTE

COMPAGNIA COASSICURATRICE ALLIANZ VIVA S.p.A