

**Polizza Primi 30 giorni di MALATTIA, Invalidità
Permanente e caso Morte da INFORTUNIO e
Invalidità Permanente da Malattia**

POLIZZA N° 732368834

**IN FAVORE DEI MEDICI DI MEDICINA GENERALE,
DI ASSISTENZA PRIMARIA A RUOLO UNICO, A
CICLO DI SCELTA E AD ATTIVITA' ORARIA, DEI
MEDICI PENITENZIARI, DEI MEDICI DI
EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE, DEI
MEDICI FISCALI INPS E DEI MEDICI
CONVENZIONATI ESTERNI DELLE COMMISSIONI
INPS"**

Manuale Operativo

POLIZZA N° 732368834

Il presente manuale costituisce una guida pratica per la denuncia dei sinistri e non integra, sostituisce o completa il contenuto del Fascicolo Informativo della polizza assicurativa dove sono contenute tutte le informazioni. Gli schemi contenuti in questo manuale non costituiscono quindi in alcun modo elemento vincolante ai fini della garanzia per la quale fa testo unicamente la polizza 732368834, Contraente ENPAM – Compagnia Generali Italia Spa divisione Cattolica Assicurazione SpA.

DEFINIZIONI COMUNI A TUTTE LE GARANZIE

ASSICURATO

- a) medici di medicina generale, **di assistenza primaria a ciclo di scelta e ad attività oraria**, dei **medici penitenziari**, dei **medici di emergenza sanitaria territoriale** il cui rapporto di lavoro autonomo, continuativo e coordinato è regolato dallo specifico A.C.N. e ss.mm.ii.;
- b) il **medico fiscale INPS** identificato tramite il Contraente il cui rapporto di lavoro autonomo, continuativo e coordinato è regolato dallo specifico A.C.N. e ss.mm.ii.;
- c) il **medico convenzionato esterno componente delle commissioni INPS** identificato tramite il Contraente il cui rapporto di lavoro autonomo, continuativo e coordinato è regolato dall'A.C.N. e ss.mm.ii

ASSICURAZIONE: il contratto di assicurazione.

A.C.N.: Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale ai sensi dell'art. 8 del D.lgs. n. 502/92 e successive modificazioni ed integrazioni;

A.C.N. per la medicina fiscale convenzionata INPS: Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina fiscale ai sensi del D.lgs. n. 75 del 25 Maggio 2017 e atto di indirizzo di cui al Dm 02/08/2017.

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 Atto d'indirizzo di cui al D.M. 12/02/2021 e ss.mm.ii)

Contraente: FONDAZIONE ENPAM - Ente Nazionale Previdenza Assistenza Medici ed Odontoiatri.

Carenza: Periodo durante il quale le garanzie del contratto di assicurazione non sono efficaci. Qualora l'evento assicurato avvenga in tale periodo la Società non corrisponde la prestazione assicurata

Difetto fisico: Deviazione dal normale assetto morfologico di un organismo o di parti di suoi organi per condizioni morbose congenite

Istituto di cura: Ogni ospedale, clinica o casa di cura e/o di convalescenza (convenzionata e/o accreditata e/o privata), istituto universitario, in Italia o all'estero, regolarmente autorizzati, in base ai requisiti di legge e dalle competenti Autorità, al ricovero ed eventualmente anche all'assistenza sanitaria in regime di degenza diurna. Sono comunque esclusi gli stabilimenti termali.

Le Parti: La Contraente e la Società

Organizzazioni Sindacali (OO.SS.): L'insieme dei Sindacati firmatari dell'A.C.N. per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale ai sensi dell'art. 8 del D.lgs. n. 502/92 e successive modificazioni ed

integrazioni (anche attraverso apposito Accordo con l'ENPAM) e l'insieme dei Sindacati firmatari dell'A.C.N. per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina fiscale ai sensi del D.lgs. n 75 del 25 Maggio 2017 e atto di indirizzo di cui al DM 02/08/2017 (anche attraverso apposito Accordo con l'ENPAM); l'insieme dei sindacati firmatari dell'A.C.N. per la disciplina dei rapporti con i medici delle Commissioni INPS ai sensi della legge 27 dicembre 2019 n. 160 Atto di indirizzo di cui al D.M. 12/02/2021 e ss.mm.ii.

Polizza: Il documento che prova l'assicurazione comprese le appendici e gli allegati

Premio per il Settore Medico di Assistenza Primaria a ruolo unico e ad attività oraria: la Somma dovuta dalla Contraente e versata per il tramite della Contraente e dovuto alla Società, secondo le modalità previste dall'A.C.N., art. 48, comma 5 e 6 ss.mm.ii

Premio per il Settore Medico di Emergenza Sanitaria Territoriale: la Somma dovuta dalla Contraente e versata per il tramite della Contraente alla Società, secondo le modalità previste dall'A.C.N., all'art. 69 comma 3 (per la E.S.) ss.mm.ii

Premio per il Settore Medico Fiscale INPS: la Somma versata per il tramite della Contraente e dovuta alla Società, secondo le modalità previste dall'A.C.N. dei medici fiscali INPS, Art. 23 comma 5, riferita al periodo di durata della presente Assicurazione, comprese eventuali proroghe

Premio: per il Settore Medico delle Commissioni INPS: 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 4, riferita al periodo di durata della presente Assicurazione, comprese eventuali proroghe.

Premio: per il Settore Medico Penitenziario: la Somma versata per il tramite della Contraente e dovuta alla Società, secondo le modalità previste dall'A.C.N. dei medici penitenziari all'Art. 75 comma 4, riferita al periodo di durata della presente Assicurazione, comprese eventuali proroghe.

Ricovero: La degenza, comportante pernottamento in Istituto di Cura (pubblico o privato) regolarmente autorizzato all'erogazione di assistenza ospedaliera.

Rischio: La probabilità del verificarsi del sinistro.

Sinistro: Il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata l'assicurazione.

Società: Generali Italia Spa divisione Cattolica di Assicurazione SpA., autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa, definita alternativamente anche Compagnia o Impresa di Assicurazione, con la quale la Contraente stipula il contratto di assicurazione a seguito della gara di appalto indetta.

Tabella Inail: L'allegato n.1 al D.P.R. del 30/06/1965 n.1124 utilizzato per la valutazione del grado di invalidità

Denuncia di sinistro per tutte le categorie di medici

L'Assicurato deve inviare il Modulo di Denuncia e il certificato medico ad uno dei seguenti recapiti:

PEC: 30ggmalattia@legalmail.it

WEB APP: AIMUW CLAIM

Raccomandata: Società Generali divisione Cattolica

Agenzia Roma Grandi Rischi RN9

Piazza Sallustio 9 – 00187 Roma

N.B. Per velocizzare la gestione dei sinistri è preferibile l'invio della documentazione via posta certificata

indicando:

- ✓ l'inizio della malattia e/o malattia in gravidanza e/o infortunio che comporti l'impossibilità di prestare la propria opera e la sostituzione con altro medico, **entro dieci giorni** dall'inizio della malattia e/o malattia in gravidanza e/o infortunio stessi, ovvero dalla dimissione dall'Istituto di Cura, ovvero da quando comunque ne abbia avuto la possibilità (con la prova dell'impossibilità);
- ✓ luogo di reperibilità dell'Assicurato durante il periodo di sostituzione, nonché un certificato medico con diagnosi e prognosi di malattia e/o malattia in gravidanza e/o infortunio;
- ✓ In caso di grave traumatismo, 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.

DOCUMENTI PER LA CHIUSURA - ASSISTENZA PRIMARIA A RUOLO UNICO

- 1.** certificato medico — con diagnosi e prognosi - o dichiarazione di ricovero in Istituto di Cura, in Day Surgery o in Day Hospital, con date di ingresso e di dimissione (con diritto da parte della Società di richiesta della copia completa della cartella clinica);
- 2.** dichiarazione rilasciata dalla A.S.L., al termine della malattia o passati i primi trenta giorni dall'inizio della stessa, che attesti il periodo dell'avvenuta sostituzione per malattia con altro/i sanitario/i; e il numero delle ore perse fatta eccezione delle malattie/infortuni di durata inferiore a 3 giorni per i Gravi mali per l'attività a ciclo di scelta;
- 3.** certificazione medica e dichiarazione rilasciata dalla A.S.L., che attesti l'avvenuta sostituzione per un periodo continuativo di almeno 10 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 dalla A.S.L. all'Assicurato nei tre mesi antecedenti la malattia- per cassa (es. inizio assenza dal mese di marzo, cedolini da presentare: competenze febbraio, gennaio e dicembre);
- 5.** copia della fattura, o ricevuta fiscalmente valida o qualsiasi altro documento fiscalmente valido, atto a dimostrare l'avvenuto pagamento della prestazione e 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;
- 6.** certificato di avvenuta guarigione con relativa data di ripresa lavoro o di continuazione oltre il trentesimo giorno, con o senza eventuali postumi;
- 7.** autocertificazione attestante che svolga/non svolga 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.;
- 8.** autocertificazione attestante l'inabilità temporanea ed assoluta nell'esercizio dell'attività professionale per il periodo di assenza per malattia o infortunio;

9.codice IBAN.

N.B.

A) 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, nonché autocertificazione dello stato di famiglia.

B) La garanzia verrà prestata anche nei casi di sospensione parziale o totale per allattamento o assistenza ai neonati nei primi 12 mesi di vita. In questo caso dovrà essere presentato un apposito modulo in cui si allega il certificato di nascita del minore e occorre inviare:

1) Dichiarazione rilasciata dalla Asl, che attesti il periodo dell'avvenuta sospensione parziale dell'assicurato per allattamento o assistenza ai neonati per l'attività a ciclo di scelta e/o il numero della riduzione di ore, fino ad un massimo di 48 ore per l'attività oraria;

2) In caso di richiesta di rimborso per sospensione parziale dell'assicurato per allattamento o assistenza a neonati, il certificato di nascita.

DOCUMENTAZIONE PER LA CHIUSURA: MEDICI DI ASSISTENZA PRIMARIA SOLO ATTIVITA' ORARIA (ex continuità assistenziale) EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE E PENITENZIARI

1. Lettera di conferimento dell'incarico in corso da parte dell'A.S.L., con il numero di ore conferito;
2. Certificato medico – con diagnosi e prognosi – o dichiarazione di ricovero in Istituto di Cura, in Day Surgery o in Day Hospital, con date di ingresso e di dimissione (con diritto da parte della Società di richiesta della copia completa della cartella clinica)
3. Dichiarazione rilasciata dalla A.S.L. al termine o passati i primi 30 (trenta) giorni che attesti:
 - il periodo di assenza per malattia e/o infortunio extraprofessionale, rischio in itinere;
 - le ore assegnate e non effettuate nel periodo di assenza;
 - per i medici trasferiti dalla ASL ad altro incarico secondo quanto previsto dall'A.C.N., dovrà essere presentato il documento comprovante la data del trasferimento, la tipologia del nuovo servizio e le ore non effettuate nel periodo di assenza;
 - in caso di plus orario il dettaglio delle voci dei compensi sulle quali è stato effettivamente versato il contributo assicurativo dello 0,72% dovuto (con diritto da parte della società di richiesta di copia dell'accordo aziendale);
4. fotocopia, con diritto della Società di richiesta di esibizione degli originali, delle distinte dei pagamenti effettuati dalla Regione all'Assicurato nei tre mesi antecedenti la malattia;
5. certificato di avvenuta guarigione con relativa data di ripresa al lavoro, per assenze inferiori a 30 (trenta) giorni, o di continuazione oltre il trentesimo giorno, con o senza eventuali postumi;
6. autocertificazione attestante che siano trascorsi almeno 15 (quindici) giorni dalla ripresa dell'attività e che svolga / non svolga 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.;

7. autocertificazione attestante l'inabilità temporanea ed assoluta nell'esercizio dell'attività professionale per il periodo di assenza per malattia o infortunio;

8. Codice IBAN

N.B.

A) 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, nonché autocertificazione dello stato di famiglia.

B) La garanzia verrà prestata anche nei casi di sospensione parziale o totale per allattamento o assistenza ai neonati nei primi 12 mesi di vita. In questo caso dovrà essere presentato un apposito modulo in cui si allega il certificato di nascita del minore e occorre inviare:

1) Dichiarazione rilasciata dalla Asl, che attesti il periodo dell'avvenuta sospensione parziale dell'assicurato per allattamento o assistenza ai neonati per l'attività a ciclo di scelta e/o il numero della riduzione di ore, fino ad un massimo di 48 ore per l'attività oraria;

2) In caso di richiesta di rimborso per sospensione parziale dell'assicurato per allattamento o assistenza a neonati, il certificato di nascita.

DOCUMENTI PER LA CHIUSURA: MEDICI DELLA MEDICINA FISCALE CONVENZIONATA INPS

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 dell'avvenuta sostituzione per malattia;
3. certificazione medica e dichiarazione rilasciata dall'INPS, che attesti l'avvenuta assenza dal lavoro per un periodo continuativo di almeno 10 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;

N.B.

A) 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, nonché autocertificazione dello stato di famiglia.

B) La garanzia verrà prestata anche nei casi di sospensione parziale o totale per allattamento o assistenza ai neonati nei primi 12 mesi di vita. In questo caso dovrà essere presentato un apposito modulo in cui si allega il certificato di nascita del minore e occorre inviare:

1. Dichiarazione rilasciata dalla Asl, che attesti il periodo dell'avvenuta sospensione parziale dell'assicurato per allattamento o assistenza ai neonati, per l'attività a ciclo di scelta e/o il numero della riduzione di ore, fino ad un massimo di 48 ore per l'attività oraria;
2. In caso di richiesta di rimborso per sospensione parziale dell'assicurato per allattamento o assistenza a neonati, il certificato di nascita.

DOCUMENTI PER CHIUSURA MEDICI DELLE COMMISSIONI INPS

1. Lettera di conferimento incarico in corso da parte dell'INPS con il numero di ore conferito;
2. 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);
3. dichiarazione rilasciata dall'INPS, al termine della malattia o passati i primi trenta giorni dall'inizio della stessa, che attesti:
 - il periodo di assenza per malattia e/o infortunio extraprofessionale, rischio in itinere;
 - le ore assegnate e non effettuate nel periodo di assenza;
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.
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;

N.B.

A) 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, nonché autocertificazione dello stato di famiglia.

B) La garanzia verrà prestata anche nei casi di sospensione parziale o totale per allattamento o assistenza ai neonati nei primi 12 mesi di vita. In questo caso dovrà essere presentato un apposito modulo in cui si allega il certificato di nascita del minore e occorre inviare:

1) Dichiarazione rilasciata dalla Asl, che attesti il periodo dell'avvenuta sospensione parziale dell'assicurato per allattamento o assistenza ai neonati per l'attività a ciclo di scelta e/o il numero della riduzione di ore, fino ad un massimo di 48 ore per l'attività oraria;

2) In caso di richiesta di rimborso per sospensione parziale dell'assicurato per allattamento o assistenza a neonati, il certificato di nascita.

GARANZIA INVALIDITA' PERMANENTE DA INFORTUNIO

Denuncia di sinistro

L'Assicurato deve inviare la denuncia di Infortunio entro 30 giorni dall'infortunio, o dal momento in cui l'Assicurato od i suoi aventi diritto ne abbiano avuto la possibilità, ai seguenti recapiti:

PEC: 30gginfortuni@legalmail.it

WEB APP: AIMUW CLAIM

Raccomandata: Generali Italia divisione Cattolica di
Assicurazione

Agenzia Roma Grandi Rischi -RN9

Piazza Sallustio 9 – 00187 Roma

N.B. Per velocizzare la gestione dei sinistri è preferibile l'invio della documentazione via posta certificata

LA DENUNCIA DI INFORTUNIO DEVE CONTENERE

- ✓ l'indicazione del luogo, giorno ed ora dell'evento e delle cause che lo hanno determinato - corredata di referto del pronto soccorso o del medico che ha prestato il primo soccorso.

Successivamente l'Assicurato deve inviare, sino a guarigione avvenuta, certificati medici sul decorso delle lesioni.

L'Assicurato, i suoi familiari od aventi diritto, devono acconsentire alla visita di medici della Società ed a qualsiasi indagine od accertamento o richiesta di ulteriore documentazione che questa ritenga necessari, qualora risulti certa un'invalidità permanente di grado superiore al 5%, 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.

GARANZIA INVALIDITA' PERMANENTE DA MALATTIA

Denuncia di sinistro

L'Assicurato deve inviare la denuncia di malattia che possa comportare – secondo parere medico - invalidità permanente, **entro 30 giorni** dalla sua diagnosi oppure dal momento in cui l'Assicurato ne abbia avuto la possibilità, ai seguenti recapiti:

PEC: 30ggmalattia@legalmail.it

WEB APP AIMUW CLAIM

Raccomandata: Società Generali divisione Cattolica

Agenzia Roma Grandi Rischi

Piazza Sallustio 9 – 00187 Roma

N.B. Per velocizzare la gestione dei sinistri è preferibile l'invio della documentazione via posta certificata

DOCUMENTAZIONE CHE L'ASSICURATO DEVE INVIARE

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.
- Certificato stabilizzazione dei postumi

Trascorsi 120 giorni dalla denuncia della malattia e comunque non oltre 540 giorni dalla data della stessa, l'Assicurato deve presentare certificazione medica attestante l'invalidità permanente direttamente ed esclusivamente residuata dalla malattia denunciata, richiedendo gli accertamenti del caso da parte della Società.

L'Assicurato, i suoi familiari od aventi diritto, devono acconsentire alla visita di medici della Società ed a qualsiasi indagine od accertamento o richiesta di ulteriore documentazione che questa ritenga necessaria, qualora risulti un'invalidità pari o superiore al 25%, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che hanno visitato e curato l'Assicurato.

CALL CENTER SINISTRI

È disponibile il seguente numero verde gratuito dall'Italia e dall'Estero:

800 688 317

attivo con i seguenti orari:

dal Lunedì al Venerdì dalle ore 09:00 alle ore 13:00 e dalle ore 14:00 alle 17:30

(esclusi festivi e prefestivi)

PAGINA WEB DEDICATA

Dal sito di ENPAM è raggiungibile una pagina web dedicata, contenente tutta la documentazione necessaria agli assicurati per operare secondo quanto previsto dalle garanzie di polizza (testi di polizza, modulo denuncia sinistri, manuale operativo, FAQ, ecc.).

La pagina web dedicata è raggiungibile tramite il seguente link:

www.polizza30giornimedici.it

WEB APP AIMUW CLAIM

Sulla home page del sito polizza30giornimedici è presente il link che riconduce alla web app AIMUW CLAIM.

Per indicazioni sull'utilizzo della web app AIMUW CLAIM consultare il manuale operativo dedicato.