

CAPITOLATO TECNICO

**GARA PUBBLICA CON IL CRITERIO DELL'OFFERTA ECONOMICAMENTE
PIU' VANTAGGIOSA – LOTTO UNICO**

AFFIDAMENTO DEL SERVIZIO ASSICURATIVO

***PER LA COPERTURA DEI PRIMI TRENTA GIORNI DI
MALATTIA ED EVENTUALI
CONSEGUENZE ECONOMICHE DI LUNGO PERIODO***

**INVALIDITA' PERMANENTE E CASO MORTE IN CONSEGUENZA DI
INFORTUNIO**

INVALIDITA' PERMANENTE DA MALATTIA

**IN FAVORE DEI MEDICI DI MEDICINA GENERALE, DI ASSISTENZA
PRIMARIA, DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE E DEI MEDICI DI EMERGENZA
SANITARIA TERRITORIALE”**

CODICE CIG N°7935043C9F

DESCRIZIONE DEL RISCHIO

PREMESSO CHE

- I rapporti con i medici di medicina generale sono disciplinati attraverso l'Accordo Collettivo Nazionale (ACN) in vigore dal 27 Maggio 2009 ai sensi dell'art. 8 del D.L. n. 502/92 e successive modificazioni ed integrazioni.
- L' Accordo Collettivo Nazionale regola, ai sensi dell'art. 8, comma 1, del D.L.vo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni ed integrazioni e sulla base delle determinazioni regionali in materia, il rapporto di lavoro autonomo convenzionato per l'esercizio delle attività professionali, tra i medici di medicina generale e le Aziende sanitarie locali, per lo svolgimento, nell'ambito del SSN e le sue articolazioni, dei compiti e delle attività relativi ai settori di riferimento.

SOMME ASSICURATE

GARANZIE	MASSIMALI MINIMI ASSICURATI
Invalidità Permanente da Infortunio	175.000
Morte da Infortunio	125.000
Invalidità Permanente da Malattia	125.000

CIÒ PREMESSO

TRA

L'ENPAM - Ente Nazionale di Assistenza dei Medici ed Odontoiatri

E

SOCIETA'	QUOTA (IN CASO DI COASS)	DELEGA
SOCIETA' CATTOLICA DI ASSICURAZIONI	60%	
AVIVA ITALIA SPA	40%	

Viene stipulata la presente polizza per tutti i settori della Categoria di Medici di Medicina Generale e per quelli a cui si applica l'Accordo Collettivo Nazionale per la medicina generale e per le quali il Contraente riceve il contributo in conformità a quanto disposto dagli Accordi Collettivi Nazionali di categoria e ha l'obbligo od interesse ad attivare la copertura assicurativa.

A) SETTORE MEDICO ASSISTENZA PRIMARIA

1. L'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale, in vigore dal 27 Maggio 2009 ai sensi dell'art. 8 del D.L. n. 502/92 e successive modificazioni ed integrazioni, all'art. 37 stabilisce che il medico di medicina generale, in caso di impossibilità di prestare la propria opera, ha l'obbligo di farsi sostituire fin dall'inizio. Nel caso specifico di sostituzione per malattia, il costo del sostituto per i primi trenta giorni, è a carico del medico sostituito.
2. Il suddetto Accordo Collettivo Nazionale stabilisce all'art. 60 commi 4 e 5 che: "Per far fronte al pregiudizio economico derivante dall'onere della sostituzione per eventi di malattia e di infortunio, anche in relazione allo stato di gravidanza e secondo il disposto del Decreto legislativo 151/2001, è posto a carico del servizio pubblico un onere pari allo 0,36% (zero virgola trentasei per cento) dei compensi di cui all'art. 59, lettera A, comma 1 da utilizzare per la stipula di apposite assicurazioni". Al fine di migliorare i trattamenti assicurativi e includere nella gamma degli eventi assicurati anche le eventuali conseguenze economiche di lungo periodo, a decorrere dal 31 dicembre 2009 l'importo del Fondo di cui al periodo precedente del presente comma, è pari allo 0,72% dei compensi di cui all'art. 59, lettera A, comma 1. Con le stesse scadenze previste per il versamento del contributo previdenziale, le Aziende versano all'ENPAM il contributo di cui al precedente comma 4 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.

B) SETTORE MEDICO CONTINUITA' ASSISTENZIALE E DI EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE

1. L'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale, in vigore dal 27 Maggio 2009 ai sensi dell'art. 8 del D.L. n. 502/92 e successive modificazioni ed integrazioni stabilisce che venga stipulata una polizza assicurativa per coprire i rischi economici dei medici di Continuità Assistenziale ed Emergenza Sanitaria 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 degli articoli n. 72 (per la C.A.), n.98 e n. 99 (per la E.S.).

2. Il suddetto Accordo Collettivo Nazionale stabilisce all'art. 72 comma 4 (per la C.A.) e all'art. 99 comma 2 (per la E.S.). che: "Per far fronte al mancato guadagno derivante ai medici di cui agli articoli menzionati al comma precedente, per malattia, gravidanza, puerperio, anche in relazione al disposto del d.lgs. n. 151/2001 l'Azienda versa all'ENPAM, con le stesse cadenze previste per il versamento del contributo previdenziale affinché provveda in merito, un contributo dello 0,36% sull'ammontare dell'onorario professionale di cui all'articolo 72 comma 1 (per la C.A.) e all'art.98 comma 1 (per la E.S.) da utilizzare per la stipula di apposite assicurazioni. Al fine di migliorare i trattamenti assicurativi e includere nella gamma degli eventi assicurati anche le eventuali conseguenze economiche di lungo periodo, a decorrere dal 31 dicembre 2009 l'importo del Fondo di cui al periodo precedente del presente comma, è pari allo 0,72% dei compensi di cui all'articolo 72 comma 1 (per la C.A.) e all'art.98 comma 1 (per la E.S.)"

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.

Per quanto sopra la Società s'impegna con la presente polizza di assicurazioni a corrispondere l'indennità, garanzie e/o prestazioni alle condizioni previste da ciascuna sezione e settori nei quali è suddivisa la presente polizza di assicurazioni.

- 1. Sezione "Primi 30 giorni di malattia"**
- 2. Sezione "Infortuni"**
- 3. Sezione "Invalidità permanente da malattia"**

DEFINIZIONI COMUNI A TUTTI I SETTORI

Le norme qui di seguito riportate annullano e sostituiscono integralmente tutte le eventuali condizioni riportate a stampa sui moduli della Compagnia Assicuratrice, eventualmente allegati alla polizza, che quindi devono intendersi annullate e prive di effetto. La firma apposta dalla Contraente su moduli a stampa vale pertanto solo quale presa d'atto del premio e dell'eventuale ripartizione del rischio tra le Società partecipanti alla eventuale Coassicurazione.

Ai termini che seguono le parti attribuiscono il significato qui precisato a titolo esemplificativo e non esaustivo:

Assicurato:

- a) il medico di Assistenza Primaria identificato tramite il Contraente il cui rapporto di lavoro autonomo, continuativo e coordinato - regolato dall'A.C.N. e ss.mm.ii.
- b) il medico di Continuità Assistenziale (anche C.A.) ed Emergenza Sanitaria Territoriale (anche E.S.) identificato tramite il Contraente il cui rapporto di lavoro autonomo, continuativo e coordinato – 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.

Contraente: ENPAM - Ente Nazionale Previdenza Assistenza Medici

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

Fattura: il documento fiscale obbligatorio emesso dall'Assicurato per comprovare l'avvenuta prestazione di servizi. Sono compresi nella definizione anche le fatture Elettroniche e/o ogni altro documento fiscalmente valido.

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, la Società e l'eventuale Coassicuratrice

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)

Polizza: il documento che prova l'assicurazione

Premio:

1. la Somma versata per il tramite della Contraente e dovuta alla Società, secondo le modalità previste dall'A.C.N., all'art. 60, comma 4, all'art. 72 comma 4 e all'art. 99 comma 2 ss.mm.ii e riferita al periodo di durata della presente Assicurazione, comprese eventuali proroghe.
2. il 10% (dieci per cento), pari allo 0,072% della Somma versata per il tramite della Contraente e dovuta alla Società, secondo le modalità previste dall'A.C.N., all'art. 60, comma 4, all'art. 72 comma 4 e all'art. 99 comma 2 ss.mm.ii., riferita al solo periodo dal 31.12.2017 al 31.12.2019 compresi, per tutta la durata quinquennale della polizza

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/Compagnia: Società autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa, definita alternativamente anche Compagnia, o Impresa di Assicurazione, anche in forma di Coassicurazione o R.T.I. con la/e quale/i la Contraente stipula il presente contratto di Assicurazione a seguito dell'aggiudicazione della gara d'appalto indetta con il codice CIG n°7935043C9F

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

1. Sezione "Primi trenta giorni di malattia"

DEFINIZIONI PARTICOLARI RELATIVE AL SETTORE MEDICO DI ASSISTENZA PRIMARIA

Day Hospital: Istituto di cura pubblico o equiparato, privato convenzionato e/o accreditato, privato non accreditato, struttura sanitaria autorizzata, limitata ad una sola parte della giornata, volta ad affrontare patologie/problemi acuti che richiedono inquadramento diagnostico e/o terapia e/o specifici controlli clinici diagnostici e strumentali, assistenza medico infermieristica prolungata, con rilascio di regolare cartella clinica

Day Surgery: Istituto di cura pubblico o equiparato, privato accreditato, privato non accreditato struttura sanitaria autorizzata, finalizzata alla esecuzione: di un intervento chirurgico o procedure invasive ed alle prestazioni propedeutiche e successive ad esso; comporta la permanenza del paziente all'interno della struttura per parte della giornata. Nella giornata di esecuzione della procedura chirurgica o invasiva necessita di assistenza medico infermieristica prolungata fino alla dimissione con rilascio di cartella clinica.

Franchigia assoluta: La parte di danno espressa in valore, giorni di inabilità o percentuale di invalidità che non viene indennizzata. Pertanto non si darà luogo ad indennizzo quando il danno

risulta di grado inferiore alla franchigia. Se invece il danno risulta superiore, l'indennizzo verrà corrisposto esclusivamente per la parte eccedente, decurtando dall'indennizzo quanto ricompreso nella franchigia.

Franchigia relativa: La soglia di danno espressa in valore, giorni di inabilità o percentuale di invalidità al di sotto della quale il sinistro non viene indennizzato. Pertanto non si darà luogo ad indennizzo quando il danno risulta di grado pari o inferiore alla franchigia. Se invece il danno risulta superiore, l'indennizzo verrà corrisposto per l'intero senza deduzione di alcuna franchigia.

Gravidanza: lo stato fisiologico di gestazione e di conseguente puerperio che comporta a norma di legge la riduzione dell'attività lavorativa o l'astensione

Gravi mali: patologie oncologiche, i.m.a., vasculopatie ischemico-emorragico-cerebrali, malattie infiammatorie croniche intestinali in fase attiva con necessità di ricovero, parkinson, leucemie, sclerosi multipla, alzheimer, insufficienza renale acuta in trattamento dialitico, coma. Al solo fine della garanzia "30 giorni" sono ricompresi nella definizione anche i gravi mali che colpiscono il figlio/a minore di anni 18.

Gravi traumatismi: conseguenze di infortunio comportanti immobilizzazioni e/o gessatura superiori a 40 giorni e relativa sospensione continuativa del rapporto di lavoro

Gessatura: s'intende il mezzo di contenzione costituito da fasce, docce o altri apparecchi e confezionato con gesso da modellare o schiuma di poliuretano o fibre di vetro associate a resina poliuretanicca, i metodi di contenzione Ilizarov, F.E.A. (fissatore esterno assiale), termomodellati, VTR nonché qualsiasi dispositivo (compreso tutore) applicato da personale medico o paramedico utilizzato nel trattamento di contenzione articolare o distrettuale, o per osteosintesi, reso necessario da frattura radiologicamente accertata.

Infortunio: evento occorso all'Assicurato, o al figlio/a minore di anni 18, dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili, che abbiano per conseguenza l'effettivo impedimento per l'Assicurato a prestare servizio di medicina generale o che abbia come conseguenza l'impossibilità dell'Assicurato di prestare la propria opera.

Malattia: ogni alterazione patologica dello stato di salute, dell'Assicurato o del figlio/a minore di anni 18 che causi l'impossibilità dell'Assicurato di prestare la propria opera. **Rimborso:** la somma dovuta dalla Società in caso di sinistro

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE RELATIVE AL SETTORE DEI MEDICI DI ASSISTENZA PRIMARIA

ART. 1 - OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

La Società corrisponde all'Assicurato, che a causa di malattia e/o malattia in gravidanza e/o infortunio, si trovi nell'impossibilità di prestare la propria opera ed abbia comunicato tale impossibilità alla competente ASL e quindi sia stato sostituito da altro medico, il rimborso dell'effettiva spesa sostenuta dall'Assicurato stesso - nei limiti riportati al successivo Art. 2 –, a presentazione della fattura, oppure ricevuta fiscalmente valida o qualsiasi altro documento fiscalmente valido e atto a dimostrare l'avvenuto pagamento della prestazione e rilasciata dal medico sostituto, quietanzata per avvenuto pagamento. La fattura o altro documento fiscalmente valido, dovrà essere rilasciata dal collega sostituto e riporterà la descrizione del servizio reso (sostituzione) e del periodo durante il quale il servizio stesso è stato effettuato. E' data facoltà all'Assicurato di presentare la fattura in copia, fermo restando che la Società potrà richiedere, in qualsiasi momento ma non oltre due anni dalla liquidazione del sinistro, l'invio dell'originale. Nel caso in cui l'assicurato non presentasse la fattura in originale perderà il diritto all'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 - LIMITI DELLE PRESTAZIONI

Così come previsto dell'art. 37 dell'ACN, il medico ha l'obbligo di farsi sostituire. Il rimborso di cui al precedente Art 1) sarà corrisposto entro il limite di un importo massimo giornaliero calcolato secondo un indice forfettario di riferimento pari ad 1/90 delle competenze previste dall'art. 59 lettera a) comma 1 dell'A.C.N. e percepite dall'Assicurato stesso nei tre mesi antecedenti il mese in cui si è verificata la malattia che ha comportato la sostituzione. Le competenze spettanti al medico sostituto, sono normate dall'ACN così come previsto ai commi da 1, 2, 3 e 4 dell'allegato "C" dell'ACN.

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 preso in considerazione sarà rapportato al periodo di lavoro effettivamente svolto.

Premesso che conformemente alle norme in vigore è facoltà dell'Assicurato utilizzare la cd Fatturazione elettronica, in tal caso lo stesso dovrà inviare obbligatoriamente la fattura emessa in formato pdf; a titolo esemplificativo si indica di seguito un modello di documento fiscale cartaceo:

Sanitario, domicilio cod.fiscale partita IVA* (dati medico SOSTITUTO) Dott. Mario Rossi		RICEVUTA n° ____ Data	
Sanitario, domicilio cod.fiscale partita IVA (dati medico SOSTITUITO (IN MALATTIA/INFORTUNIO)) Dott. Augusto Bianchi ecc.			
Descrizione della prestazione sanitaria		importo	
Sostituzione medica SSN per malattia dal 19/06/17 al 18/07/17 (TOTALE 30 GIORNI)		€ 2.240,00	
Firma per quietanza _____	Totale**	€ 2.240,00	
	Ritenuta Acconto 20%	€ 448,00	
	Netto da pagare	€ 1.792,00	

* Se il sostituto non è in possesso di Partita IVA riportare solo il Codice Fiscale

** Il rimborso dovrà essere calcolato al lordo della ritenuta d'acconto

Il suddetto rimborso sarà calcolato con decorrenza dal:

- sesto giorno di sostituzione fino al trentesimo, per ogni evento di malattia e/o malattia in gravidanza e/o infortunio che non comporti ricovero in Istituto di Cura;
- primo giorno di sostituzione fino al trentesimo, in caso di malattia e/o malattia in gravidanza e/o infortunio che comporti ricovero in Istituto di Cura, in Day Surgery, in Day Hospital, o comunque per il tempo necessario per le terapie conseguenti a Gravi Mali, anche senza intervento chirurgico;
- primo giorno di sostituzione fino al trentesimo, in caso di malattia e/o malattia in gravidanza che comporti ricovero in Day Hospital per prestazioni diagnostiche invasive.

- A titolo esemplificativo ma non esaustivo: amniocentesi, endoscopie con biopsia, biopsie, coronarografie, eliminazione dei calcoli renali attraverso bombardamento/laser;
- d) primo giorno di sostituzione fino al trentesimo, in caso di infortunio senza ricovero che abbia per conseguenza un grave traumatismo, con apposita certificazione e dichiarazione rilasciata dalla A.S.L., che attesti l'avvenuta sostituzione per un periodo continuativo di almeno 20 giorni;
 - e) primo giorno di sostituzione fino al trentesimo in conseguenza di un aborto, spontaneo o terapeutico fino alla concorrenza massima di rimborso di euro 2.000,00.
 - f) primo giorno di ricovero e fino alla dimissione per un massimo di 30 giorni, in caso di malattia e/o infortunio che comporti il ricovero di un figlio/a minore in Istituto di Cura

Per assenze pari o inferiori ai 30 giorni, ai fini del rimborso, eventuali giorni festivi all'inizio e/o al termine del periodo non saranno calcolati ai fini della liquidazione. I giorni festivi ricadenti all'interno del periodo verranno considerati al fine del calcolo della liquidazione.

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

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, secondo quanto stabilito dall'art. 19 comma f dell'A.C.N.;
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. 18 (escluso il comma 2 lettere a) c) d)) e art. 19 dell'A.C.N.

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 Assicurazioni Soc. Coop 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 e la sostituzione con altro medico, entro dieci giorni dall'inizio della malattia stessa, 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 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.

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 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; fatta eccezione delle malattie/infortuni di durata inferiore a 3 giorni per i Gravi mali;
3. certificazione medica e dichiarazione rilasciata dalla A.S.L., 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 dalla A.S.L. all'Assicurato nei tre mesi antecedenti la malattia;
5. fattura, 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. La fattura e/o le ricevute fiscalmente valide devono essere presentate in copia, fermo restando che la Società potrà richiedere l'invio dell'originale. Nel caso in cui l'assicurato non presentasse la fattura in originale perderà il diritto all'indennizzo.

6. certificato di avvenuta guarigione con relativa data di ripresa lavoro o di continuazione oltre il trentesimo giorno;
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. Codice IBAN
9. 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 dalla ASL all'Assicurato relative agli ultimi tre mesi consecutivi lavorati, precedenti all'evento per:

1. malattia dovute a Gravi mali;
2. malattia e/o infortunio successivi al periodo di cui al comma 4, dell'art. 18, 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

DEFINIZIONI SPECIFICHE RIFERITE AL SETTORE DI MEDICO DI CONTINUITÀ ASSISTENZIALE E DI EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE

Gravi mali: patologie oncologiche, i.m.a., vasculopatie ischemico-emorragico-cerebrali, malattie infiammatorie croniche intestinali in fase attiva con necessità di ricovero, parkinson, leucemie, sclerosi multipla, alzheimer, insufficienza renale acuta in trattamento dialitico, coma.

Infortunio Extra Professionale: l'evento occorso al medico al di fuori della sua attività professionale dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili, che abbiano per conseguenza l'effettivo impedimento per il medico a prestare servizio di continuità assistenziale e/o di emergenza sanitaria

Rischio in Itinere: gli infortuni che l'Assicurato subisce durante il percorso che l'Assicurato compie dall'abitazione al luogo di lavoro, con gli ordinari mezzi di locomozione.

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE RELATIVE AL SETTORE DI MEDICO DI CONTINUITÀ ASSISTENZIALE E DI EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE

ART. 1 - OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

La Società corrisponde all'Assicurato che, per malattia e/o per malattia in gravidanza e/o per infortunio extraprofessionale compreso il rischio "in itinere", si trovi nell'impossibilità di prestare la propria opera di servizio di Continuità Assistenziale o di Emergenza Sanitaria ed abbia comunicato tale impossibilità alla competente A.S.L. un indennizzo - nei limiti riportati al successivo Art. 2 - pari alle competenze spettanti, ma non percepite, sulla base dei compensi previsti rispettivamente al comma 1 dell'art. 72 (per la C.A.) e al comma 1 dell'art. 98 (per la E.S.) dell'A.C.N. con il massimo della media delle ore effettuate nei tre mesi precedenti a quello di accadimento del sinistro. Tuttavia, esclusivamente per le assenze superiori a 30 giorni dovute a "Gravi Mali", si potrà considerare la media delle ore effettuate negli ultimi tre mesi consecutivi lavorati. 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 un infortunio extra professionale compreso il rischio "in itinere" (anche se dovuto ad imperizia, imprudenza o negligenza grave oppure a stato di malore o di incoscienza), corrisponde al medico di Continuità Assistenziale e/o di Emergenza Sanitaria un indennizzo pari alle competenze spettanti, ma non percepite, come sopra indicate esclusivamente per l'attività di Continuità Assistenziale e/o Emergenza Sanitaria:

- a) per i medici in servizio di Continuità Assistenziale dal primo giorno e fino al 30° giorno - fino ad 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 compreso il rischio "in itinere".
- b) Nel caso in cui il medico di Continuità assistenziale venga trasferito ad altro servizio secondo quanto previsto dall'Art. 73 comma 4 dell'ACN, dal primo giorno e fino al 30° giorno - verrà rimborsato fino ad un massimo di 104 ore mensili, indipendentemente dai turni di servizio assegnati per ogni malattia e/o malattia in gravidanza e/o infortunio extra-professionale compreso il rischio "in itinere";
- c) 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 compreso il rischio "in itinere".
- d) Nel caso in cui il medico di Emergenza Sanitaria venga trasferito ad altro servizio secondo quanto previsto dall'Art. 73 comma 4 dell'ACN, dal primo giorno e fino al 30° giorno - fino ad un massimo di 164 ore mensili, ciò indipendentemente dai turni di

- servizio assegnati per ogni malattia e/o malattia in gravidanza e/o infortunio extra-professionale compreso il rischio "in itinere";
- e) 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, 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;
 - 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;
 - d) 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.
- e) Nel caso in cui, in presenza di plus orario - articolo 65 comma 2 e comma 4 (per la C.A.) e art. 98 comma 4 (per la E.S.) dell'ACN - fermo restando il monte ore annuale complessivo ed il versamento della quota dello 0,72% (zerosettantadueper cento) di cui alla Premessa di polizza comma 2 – i medici di Continuità Assistenziale e di Emergenza Sanitaria in taluni periodi abbiano incarichi settimanali per un numero di ore eccedente quello previsto in polizza, la Società – previa dichiarazione rilasciata dalla Asl che attesti l'esistenza in vigore del plus orario e l'avvenuto regolare versamento della quota dello 0,72% (zerosettantadueper cento), – 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 per :

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, secondo quanto stabilito dall'art. 19 comma f dell'A.C.N.;
6. uso non terapeutico di stupefacenti o psicofarmaci;
7. infortuni professionali (tutelati da altra polizza secondo gli artt. 73 (per la C.A.) e 99 – commi 3,4,5,6 (per la E.S.) dell'A.C.N.;

8. azioni dolose commesse o tentate dall'Assicurato, atti contro la propria persona da lui volontariamente compiuti o consentiti;
9. quanto previsto dall'Art. 18 (escluso il comma 2 lettere a)c)d)) e art. 19 dell'ACN).

Sono inoltre escluse dalla garanzia le malattie senza ricovero (fatta eccezione per i Gravi Mali comunque inclusi) che abbiano colpito il medico assicurato 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):

Società Cattolica di Assicurazioni Soc. Coop Agenzia Roma Grandi Rischi Piazza Sallustio, n 9 – 00187 ROMA	06/92912306	30ggmalattia.cattolica@legalmail.it
		30gginformuni.cattolica@legalmail.it

L'inizio della malattia e/o malattia in gravidanza e/o infortunio extraprofessionale compreso il il rischio "in itinere" che comporti l'impossibilità di prestare la propria opera e la sostituzione con altro medico, entro dieci giorni dall'inizio della malattia stessa, 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, nonché un certificato medico con diagnosi e prognosi di malattia e/o malattia in gravidanza e/o infortunio extraprofessionale compreso il il rischio "in itinere". 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.

L'Assicurato deve inoltre esibire la seguente documentazione:

1. lettera di conferimento dell'incarico in corso da parte dell'A.S.L., con il numero di ore conferito,
2. turni assegnati relativi al periodo in cui si verifica l'assenza (copia del calendario dei turni);
3. certificato medico – con diagnosi e prognosi - o dichiarazione di ricovero/day surgery 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)

4. dichiarazione rilasciata dalla A.S.L. al termine dell'assenza o passati i primi 30 giorni che attesti:
 - il periodo di assenza per malattia e/o malattia in gravidanza e/o infortunio extraprofessionale, rischio in itinere
 - le ore assegnate e non effettuate nel periodo di assenza;
 - l'assegnazione dei turni a 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 assicurativo dello 0,72% dovuto (con diritto da parte della Società di richiesta di copia dell'accordo regionale);
 - per i medici trasferiti dalla ASL ad altro incarico secondo quanto previsto dall'Art. 73 comma 4 dell'ACN, dovrà essere presentato il documento comprovante la data del trasferimento, la tipologia del nuovo servizio e le ore non effettuate nel periodo di assenza.
5. 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;
6. certificato di avvenuta guarigione con relativa data di ripresa del lavoro, per assenze inferiori ai 30 giorni, o di continuazione oltre il trentesimo giorno;
7. autocertificazione attestante che siano trascorsi almeno 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..
8. Codice IBAN

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

1. malattia dovute a Gravi mali;
2. malattia e/o infortunio successivi al periodo di cui al comma 4, dell'art. 18, dell'ACN,.
3. Malattia successiva al periodo di assenza per infortunio superiore a 30 giorni
4. Infortunio successivo al periodo di assenza per malattia superiore a 30 giorni

ART. 4 - TERMINI PER LA LIQUIDAZIONE RELATIVI A TUTTI I SETTORI

La Società, se non esiste controversia, provvederà al pagamento del rimborso entro dieci giorni dal ricevimento dell'esatta e completa documentazione di cui al precedente ART 2. La Società s'impegna ad effettuare la liquidazione dei rimborsi, anche in assenza del regolare versamento dei premi da parte sia delle AA.SS.LL. sia dell'ENPAM, purché il ritardo non superi i dieci mesi dall'ultimo giorno del mese d'accadimento del sinistro. In tal caso la Società dovrà dimostrare il mancato versamento del premio.

spazio lasciato intenzionalmente bianco

2. Sezione infortuni

DEFINIZIONI PARTICOLARI RELATIVE A TUTTI I SETTORI

Beneficiario: In caso di morte dell'assicurato, gli eredi legittimi o testamentari; in tutti gli altri casi l'assicurato stesso

Franchigia assoluta: La parte di danno espressa in valore, giorni di inabilità o percentuale di invalidità che non viene indennizzata. Pertanto non si darà luogo ad indennizzo quando il danno risulta di grado inferiore alla franchigia. Se invece il danno risulta superiore, l'indennizzo verrà corrisposto esclusivamente per la parte eccedente, decurtando dall'indennizzo quanto ricompreso nella franchigia

Franchigia relativa: La soglia di danno espressa in valore, giorni di inabilità o percentuale di invalidità al di sotto della quale il sinistro non viene indennizzato. Pertanto non si darà luogo ad indennizzo quando il danno risulta di grado pari o inferiore alla franchigia. Se invece il danno risulta superiore, l'indennizzo verrà corrisposto per l'intero senza deduzione di alcuna franchigia

Indennizzo: la somma dovuta dalla Società in caso di sinistro

Infortunio: evento occorso all'assicurato dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili, che abbiano per conseguenza l'effettivo impedimento per l'assicurato a prestare servizio di medicina generale o del figlio/a minore di anni 18.

Invalidità Permanente: la perdita permanente, definitiva ed irrimediabile, in misura parziale o totale, della capacità generica dell'Assicurato allo svolgimento dell'attività di medico di assistenza primaria e/o di continuità assistenziale ed emergenza territoriale.

Malattia: ogni alterazione patologica dello stato di salute, dell'Assicurato o del figlio/a minore di anni 18 che causi l'impossibilità dell'Assicurato di prestare la propria opera.

Rischi professionali: gli infortuni che l'Assicurato subisca nell'esercizio delle occupazioni professionali principali dichiarate

Rischi extraprofessionali: gli infortuni che l'Assicurato subisca nello svolgimento di ogni normale attività non avente carattere professionale, inerente le occupazioni familiari e domestiche, il tempo libero, la pratica di hobby ed in generale qualsiasi manifestazione della vita quotidiana

Rischio "in itinere": gli infortuni che l'Assicurato subisce durante il percorso che l'Assicurato compie dall'abitazione al luogo di lavoro, con gli ordinari mezzi di locomozione e non coperti dall'Art. 73 dell'ACN.

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE COMUNI A TUTTI I SETTORI

ART. 1 - OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE E SOMME ASSICURATE

L'assicurazione vale per i rischi professionali per gli Assicurati di ambedue i Settori Assicurati. La garanzia Rischi extraprofessionali è prestata unicamente in favore degli Assicurati del settore di Assistenza Primaria, Continuità Assistenziale ed Emergenza Sanitaria Territoriale.

Somma Assicurata:

Caso Invalidità Permanente: € 175.000,00 (centosettantacinquemila#00) Caso Morte: € 125.000,00 (centoventicinquemila#00). Sono considerati infortuni compresi nell'assicurazione:

- a) le conseguenze dei colpi di sole, di calore e di freddo e le folgorazioni;
- b) le conseguenze di ingestione di sostanze dovute a causa fortuita, restando comunque escluse le conseguenze di intossicazioni dovute ad abuso di alcoolici e di psicofarmaci o ad uso di sostanze stupefacenti o allucinogene;
- c) l'asfissia per fuga di gas o vapori;
- d) l'annegamento;
- e) le lesioni corporali sofferte per legittima difesa, per dovere di solidarietà umana in occasione di aggressioni e di atti violenti subiti, anche se dovuti a movente politico, sociale, sindacale o terrorismo, nonché quelle sofferte in occasione di tumulti popolari ai quali l'Assicurato non abbia preso parte attiva;
- f) le conseguenze delle infezioni nonché degli avvelenamenti causati da morsi di animali e punture di insetti, esclusa comunque la malaria;
- g) le conseguenze di operazioni chirurgiche o di trattamenti resi necessari da infortuni indennizzabili a termine di polizza;

Sono altresì compresi dalla presente assicurazione:

- h) **colpa grave** – gli infortuni sofferti in conseguenza di imperizie, imprudenze e negligenze gravi (a parziale deroga dell'art. 1900 del Codice Civile) nonché, in stato di malore o di incoscienza;
- i) **pratica sportiva** – gli infortuni derivanti dalla pratica di qualsiasi sport, ad eccezione di paracadutismo e degli sport aerei in genere.

ART. 2 - ERNIE E SFORZI

Sono considerati infortuni le ernie da causa violenta nonché le lesioni muscolari da sforzi, con l'intesa che se l'ernia, anche se bilaterale, non risulti operabile, viene corrisposta un'indennità, a titolo di invalidità permanente, non superiore al 25% della relativa somma assicurata.

ART. 3 - TRASPORTI

L'assicurazione vale per gli infortuni derivanti dall'uso e guida di qualsiasi veicolo o natante a motore a condizione che l'Assicurato sia abilitato a norma delle disposizioni di legge, esclusi i mezzi subacquei ed aerei.

ART. 4 - RISCHIO VOLO

L'assicurazione comprende gli infortuni che l'Assicurato subisca durante i viaggi aerei effettuati in qualità di passeggero di velivoli ed elicotteri eserciti da società di traffico aereo regolare, non regolare e di trasporto a domanda, nonché da autorità civili e militari in occasione di traffico civile, da ditte e privati per attività turistica e di trasferimento e da società di lavoro aereo, esclusivamente durante trasporto pubblico passeggeri, ed è prestata per le somme corrispondenti a quelle assicurate con la presente polizza e per i rischi da essa previsti. Restano in ogni caso esclusi i voli effettuati su velivoli ed elicotteri eserciti da aeroclub, salvo casi comprovati di forza maggiore per prestazioni professionali e rispetto del codice deontologico. In tal caso è previsto un massimo indennizzo per evento di euro 500.000 (o come offerto in sede di offerta di gara).

Comunque, la somma delle garanzie di cui alla presente polizza e di eventuali altre assicurazioni stipulate dallo stesso Contraente, dall'Assicurato o da terzi in suo favore non potrà superare i capitali di:

- euro 2.500.000,00 - per il caso di invalidità totale ;
- euro 2.500.000,00 - per il caso di morte;

per persona e di:

- euro 20.000.000,00 - per il caso di invalidità permanente totale;
- euro 20.000.000,00 - per il caso di morte;

complessivamente per aeromobile, nel caso di assicurazione prestata con polizza cumulativa.

In detta limitazione per aeromobile rientrano anche i capitali riferentisi ad eventuali altre persone assicurate per lo stesso rischio con altre polizze del medesimo tipo di capitolato stipulate dallo stesso Contraente con la Società.

Nell'eventualità che i capitali complessivamente assicurati eccedessero gli importi sopraindicati, gli indennizzi spettanti in caso di sinistro saranno adeguati con riduzione ed imputazione proporzionale sui singoli contratti.

ART. 5 - MOVIMENTI TELLURICI – ERUZIONI VULCANICHE – INONDAZIONI

L'assicurazione s'intende estesa agli infortuni derivanti da movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche, inondazioni.

ART. 6 - STATO DI GUERRA ED INSURREZIONE

A parziale deroga di quanto previsto dal successivo art.10 la garanzia s'intende estesa agli infortuni derivanti da stato di guerra (dichiarata o non dichiarata) e d'insurrezione per il periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità se ed in quanto l'Assicurato risulti sorpreso dallo scoppio degli eventi bellici mentre si trova all'estero in un paese sino ad allora in pace.

Sono comunque esclusi dalla garanzia gli infortuni derivanti dalla predetta causa che colpissero l'Assicurato nel territorio della Repubblica Italiana, dello Stato della Città del Vaticano e della Repubblica di San Marino. La presente estensione di garanzia non opera in caso d'infortuni aeronautici e per coloro che prestano servizio militare.

ART. 7 - MALATTIE TROPICALI

L'assicurazione s'intende estesa alle malattie tropicali previste dalle disposizioni di legge in materia.

La garanzia viene prestata fino a concorrenza delle somme stabilite per le garanzie infortuni e con un massimo di

- euro 600.000 per Morte
- euro 600.000 per Invalidità Permanente.

La somma assicurata per invalidità permanente è soggetta ad una franchigia relativa al 15%. Pertanto non si farà luogo ad indennizzo per invalidità permanente quando questa supera il 15% della totale verrà corrisposto l'indennizzo in rapporto al grado di invalidità permanente residuo.

ART. 8 - PERSONE NON ASSICURABILI

L'assicurazione vale per le persone assicurate fino all'età prevista dall'A.C.N. e comunque non superiore ai 75 anni. Per quelle che superano tale limite di età, l'assicurazione cessa alla prima scadenza annuale del premio senza che in contrario possa essere opposto l'eventuale incasso di premi scaduti successivamente, premi che in tal caso verranno restituiti. L'assicurazione cessa nel momento in cui l'assicurato perde il requisito per esercitare l'attività di Medico di Assistenza Primaria in regime di convenzione, secondo quanto disposto dagli articoli previsti nel vigente A.C.N.

ART. 9 - LIMITI:

Territoriali: l'assicurazione vale in tutto il mondo.

Per evento catastrofale: in caso di infortunio che colpisce contemporaneamente più persone assicurate in conseguenza di un unico evento, l'esborso massimo complessivo a carico della Società non potrà superare l'importo di euro 22.000.000,00 qualunque sia il numero delle persone infortunate assicurate con la presente polizza e con eventuali altre stipulate per lo stesso rischio con l'infrascritta Società.

ART. 10 -ESCLUSIONI

Sono esclusi dall'assicurazione:

1. gli infortuni avvenuti in occasione di guerra ed insurrezione (salvo quanto previsto dal precedente art. 6);
2. 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;
3. 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;
4. gli infortuni derivanti da delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;
5. le conseguenze di operazioni chirurgiche o di trattamenti non resi necessari da infortunio;
6. le conseguenze dirette od indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo, come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;
7. le conseguenze dirette o indirette di contaminazioni chimiche o biologiche a seguito di atti di terrorismo.

ART. 11 -CUMULO DELL'INDENNITÀ

L'indennizzo liquidato per morte o invalidità permanente da infortunio "extraprofessionale" non è cumulabile, per un medesimo evento, con l'indennizzo dovuto a morte o invalidità

permanente da infortunio “extraprofessionale” quando in qualità di Medico di Assistenza Primaria, nel caso in cui il Medico di Continuità Assistenziale esplicasse il doppio incarico.

GARANZIE SEZIONE INFORTUNI COMUNI A TUTTI I SETTORI

I. INVALIDITÀ PERMANENTE DA INFORTUNIO DELL'ASSICURATO

Se l'infortunio ha per conseguenza una invalidità permanente e questa si verifichi entro 2 anni dal giorno nel quale l'infortunio è avvenuto, la Società liquida l'indennizzo calcolandolo sulla somma assicurata per invalidità permanente totale secondo le disposizioni seguenti ed in base alle percentuali indicate nella tabella INAIL di cui all'allegato 1 del D.P.R. 30 giugno 1965 n. 1124, come in vigore al 24 luglio 2000, e successive modificazioni laddove migliorative, con rinuncia della Società all'applicazione della franchigia relativa prevista dalla legge.

La perdita assoluta ed irrimediabile dell'uso funzionale di un organo o di un arto viene considerata come perdita anatomica dello stesso: se trattasi di minorazione, le percentuali stabilite dalla tabella vengono ridotte in proporzione alla funzionalità perduta.

Nei casi di perdita anatomica o funziona ledi più parti di organi o arti in uno stesso infortunio, l'indennità viene stabilita mediante l'addizione delle percentuali corrispondenti ad ogni singola lesione, fino al limite massimo del 100%.

In caso di asportazione parziale di una falange terminale delle dita, la Società riconoscerà una percentuale di invalidità pari al 50% di quella attribuita alla falange stessa in caso di asportazione totale.

Nei casi invalidità permanente non specificati nella tabella, l'indennizzo si stabilisce tenendo conto, con riguardo alle percentuali dei casi elencati, della misura nella quale è per sempre diminuita la capacità generica dell'Assicurato a svolgere l'attività di Medico di Assistenza Primaria, Continuità Assistenziale o Emergenza Sanitaria Territoriale.

In caso di perdita anatomica o di riduzione funzionale di un organo o di un arto già minorato, le percentuali di cui trattasi sono diminuite tenendo conto del grado d'invalidità preesistente.

In caso di constatato mancinismo, le percentuali d'invalidità permanente stabilite dalla suddetta tabella di legge per l'arto superiore destro e la mano destra varranno per l'arto superiore sinistro e la mano sinistra e viceversa.

Il diritto all'indennizzo per invalidità permanente è di carattere personale e quindi non trasmissibile agli eredi. Tuttavia, se l'Assicurato muore per causa indipendente dall'infortunio dopo che sia stato sottoposto a visita medico legale presso il medico fiduciario, l'indennizzo sarà liquidato o comunque offerto in misura determinata agli aventi diritto.

ART. 1 - FRANCHIGIA ASSOLUTA PER INVALIDITÀ PERMANENTE DA INFORTUNIO

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

- per le invalidità permanenti di grado inferiore o pari al 7% della totale non si fa luogo ad indennizzo;
- per le invalidità permanenti di grado superiore al 7% della totale ma inferiore al 50%, si liquida l'indennizzo solo per la parte eccedente il 7%;
- per le invalidità permanenti di grado pari o superiore al 50% della totale la percentuale di indennizzo verrà calcolata come risulta dalla seguente tabella:

% di invalidità permanente	% da liquidare
50,00	100,00
51,00	100,00
52,00	100,00
53,00	100,00
54,00	100,00
55,00	100,00
56,00	100,00
57,00	100,00
58,00	100,00
59,00	100,00
60,00	100,00
61,00	100,00
62,00	100,00
63,00	100,00
64,00	100,00
65,00	100,00
66,00	100,00
67,00	100,00

Tuttavia se l'infortunio ha per conseguenza una invalidità permanente pari o superiore al 50% dalla quale ne consegue la perdita dei requisiti ad esercitare l'attività di Medico Medicina Generale in convenzione ovvero che comporti la perdita dei requisiti ad esercitare l'attività di Medico Medicina Generale in convenzione ai sensi dell'art. 19 comma 1 lettera f dell'ACN, verrà liquidato un importo pari al 100% della somma assicurata.

ART. 2 - DENUNCIA DELL'INFORTUNIO

La denuncia dell'infortunio, - con 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, deve essere fatta entro 30 giorni dall'infortunio o dal momento in cui l'Assicurato od i suoi aventi diritto ne abbiano avuto la possibilità. Successivamente l'Assicurato deve inviare, sino a guarigione avvenuta, certificati medici sul decorso delle lesioni.

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.

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, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che hanno visitato e curato l'Assicurato stesso.

Se non viene adempiuto intenzionalmente all'obbligo della denuncia ed agli altri obblighi indicati nei commi precedenti, l'Assicurato ed i suoi aventi diritto perdono il diritto all'indennizzo; se a tali obblighi non viene adempiuto colposamente, la Società ha il diritto di ridurre l'indennizzo in ragione del pregiudizio sofferto.

ART. 3 - CRITERI DI INDENNIZZABILITÀ

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. Si precisa che per la valutazione dei postumi invalidanti verranno utilizzate la tabella INAIL in vigore al momento del verificarsi del sinistro.

II. CASO MORTE DELL'ASSICURATO

Qualora l'Infortunio avesse per conseguenza la morte dell'Assicurato e questa si verifichi entro 2 anni dal giorno nel quale l'infortunio è avvenuto, la Società liquida la somma assicurata per il caso di morte in parti uguali agli eredi legittimi o testamentari.

Gli indennizzi per morte e invalidità permanente, non sono cumulabili; tuttavia se dopo il pagamento di un indennizzo per invalidità permanente, ma entro due anni dal giorno dell'infortunio ed in conseguenza di questo, l'Assicurato muore, la Società corrisponde ai beneficiari la differenza fra l'indennizzo pagato e quello assicurato per il caso di morte aumentato ad euro 150.000,00, ove questa sia superiore, e non chiede il rimborso in caso contrario.

ART. 1 - MORTE PRESUNTA

Qualora a seguito di infortunio indennizzabile a termini di polizza il corpo dell'Assicurato scompaia o non venga ritrovato e si presume sia avvenuto il decesso, la Società liquiderà la somma prevista per il caso di morte.

La liquidazione, sempre che non sia nel frattempo emersi elementi tali da rendere il danno non indennizzabile, non avverrà prima che siano trascorsi 180 giorni dalla presentazione dell'istanza per la dichiarazione di morte presunta proposta a termini degli artt. 60 e 62 Codice Civile.

Nel caso in cui, successivamente al pagamento, risulti che la morte non si è verificata o che comunque non è dipesa da infortunio indennizzabile, la Società avrà diritto al rimborso dell'intera somma liquidata.

A restituzione avvenuta dell'intera somma liquidata, l'Assicurato potrà far valere i propri diritti per l'invalidità permanente eventualmente subita.

ART. 2 - VISITA MEDICA E LIQUIDAZIONE DANNI

Ricevuta la necessaria e completa documentazione ed in presenza di un certificato attestante postumi invalidanti da accertare, la Società provvederà alla fissazione della visita medico legale, attraverso il proprio medico fiduciario entro 10 giorni. Compiuta la visita, 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 da parte del fiduciario della Società. Avuta notizia dell'accettazione della proposta, provvede al pagamento entro 5 giorni lavorativi dalla ricezione della proposta controfirmata per accettazione da parte dell'assicurato.

ART. 3 - PENALI

Sono previste penali, a carico della Società, qualora non venissero rispettati i tempi sopraindicati. In particolare:

- A) Caso Morte da Infortunio – qualora la Società liquidasse il capitale previsto in assicurazione a partire dal trentunesimo giorno lavorativo successivo all'acquisizione della necessaria documentazione completa, la Società stessa dovrà corrispondere ai beneficiari dell'assicurazione la somma forfettaria di euro cinquemila, oltre all'indennizzo dovuto.
- B) Caso Invalidità Permanente da Infortunio;
 - 1) qualora la Società formulasse la proposta di indennizzo a partire dal trentunesimo giorno lavorativo successivo dall'effettuazione della visita definitiva da parte del

fiduciario della Società, la Società stessa dovrà corrispondere ai beneficiari dell'assicurazione la somma forfettaria di euro cinquecento, oltre all'indennizzo dovuto.

- 2) qualora la Società formulasse la proposta d'indennizzo a partire dal quarantacinquesimo giorno lavorativo successivo dall'effettuazione della visita definitiva da parte del fiduciario della Società, la Società stessa dovrà corrispondere ai beneficiari dell'assicurazione la somma forfettaria di euro millecinquecento, oltre all'indennizzo dovuto.
- 3) qualora la Società liquidasse l'indennizzo a partire dal sedicesimo giorno lavorativo successivo alla ricezione della proposta dell'indennizzo controfirmata per accettazione da parte dell'assicurato, la Società stessa dovrà corrispondere ai beneficiari dell'assicurazione la somma forfettaria di euro millecinquecento, oltre all'indennizzo dovuto.
- 4) qualora la Società liquidasse l'indennizzo a partire dal trentunesimo giorno lavorativo successivo alla ricezione della proposta d'indennizzo controfirmata per accettazione da parte dell'assicurato, la Società stessa dovrà corrispondere ai beneficiari dell'assicurazione la somma forfettaria di euro millecinquecento, oltre all'indennizzo dovuto.

ART. 4 - 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 100.000, nel caso d'invalidità permanente Art. 1, quando l'accertamento definitivo sia rinviato ad oltre 2 anni dal giorno dell'infortunio.

ART. 5 - ASSICURAZIONE IN BASE AL NUMERO DELLE PERSONE ASSICURATE O AD ALTRE FORME DI INDICAZIONE NON NOMINATIVA DELLE PERSONE ASSICURATE

Si intendono valide le seguenti condizioni:

a) Esonero denuncia infermità, difetti fisici e mutilazioni

Il Contraente è esonerato dall'obbligo di denunciare le infermità da cui i singoli Assicurati fossero affetti al momento della stipulazione della presente polizza o che dovessero in seguito sopravvenire, fermo restando il disposto dell'Art. 3 - Criteri di indennizzabilità.

b) Esonero denuncia altre assicurazioni

A parziale deroga di quanto previsto dalle condizioni generali di assicurazione, il Contraente e l'Assicurato sono esonerati dall'obbligo di denunciare le altre eventuali assicurazioni che i singoli Assicurati avessero in corso o stipulassero in proprio per lo stesso rischio.

c) Numero

Il Contraente è esonerato dall'obbligo di denunciare le generalità delle persone da ritenersi assicurate. Tali persone dovranno essere in condizioni di assicurabilità a norma dell'Art. 8 delle presenti condizioni generali di assicurazione. Per l'identificazione delle medesime si fa riferimento alla vigenza dell'attribuzione dell'incarico di Medico di Medicina Generale secondo quanto disposto dall'ACN al momento dell'accadimento del sinistro, documenti che il Contraente stesso si obbliga ad esibire in qualsiasi momento alle persone incaricate dalla Società di effettuare accertamenti e controlli.

3. Sezione Garanzia invalidita' permanente da malattia

ART. 1 - OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE E SOMMA ASSICURATA

Somma assicurata: € 125.000,00 (centoventicinquemila#00)

L'assicurazione viene estesa al caso di invalidità permanente conseguente a malattia, in continuità con la precedente polizza stipulata per il medesimo rischio con le OO.SS. e in continuità con la polizza della Cattolica Assicurazioni/Grupama n. 2106.30.300039 e comprende le invalidità permanenti da malattia derivanti direttamente o indirettamente da:

- a)** stati invalidanti, preesistenti alla stipulazione del presente contratto, salvo che siano stati già denunciati e liquidati dalle precedenti polizze:
 - 1. Polizze Generali Assicurazioni n.81301025 n.81302066
 - 2. Polizza Cattolica Assicurazioni n. 2106.30.300039

- b)** situazioni patologiche manifestatesi – cioè diagnosticate e/o curate successivamente al 01.01.2010 o dall'ingresso in garanzia del medico assicurato qualora successiva a tale data

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

- a) malattie mentali;
- b) abuso di alcoolici od uso, a scopo non terapeutico, di psicofarmaci e di stupefacenti;
- c) 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;
- d) sieropositività HIV e sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS).

Sono altresì comprese le invalidità permanenti da malattia, preesistenti alla stipulazione del contratto, a condizione che l'Assicurato non abbia ricevuto alcun indennizzo dalla polizza precedentemente stipulata dalle OO.SS.

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 Medicina Generale 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 Medicina Generale sempreché l'IPM accertata sia non inferiore al 50%.

ART. 2 - DENUNCIA DELLA MALATTIA O DELLA INVALIDITÀ – OBBLIGHI DELL'ASSICURATO

La denuncia della malattia che possa comportare – secondo parere medico – invalidità permanente, deve essere presentata alla Società 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. Trascorsi 160 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. La Società risponde delle denunce presentate entro 180 giorni dalla data di cessazione dell'assicurazione.

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, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che hanno visitato e curato l'Assicurato stesso.

ART. 3 - CRITERI DI INDENNIZZABILITÀ

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.

ART. 4 - CUMULO DELL'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.

ART. 5 - 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.

Per la liquidazione verrà presa a riferimento la tabella INAIL in vigore al 24 luglio 2000, e successive modificazioni laddove migliorative, con rinuncia della Società all'applicazione della franchigia relativa prevista dalla legge.

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

Tuttavia se la malattia ha per conseguenza una invalidità permanente pari o superiore al 50% dalla quale ne consegua la perdita dei requisiti ad esercitare l'attività di Medico Medicina Generale in convenzione ovvero che comporti la perdita dei requisiti ad esercitare l'attività di Medico Medicina Generale in convenzione ai sensi dell'art. 19 comma 1 lettera f dell'ACN, verrà liquidato un importo pari al 100% della somma assicurata. Si precisa che per la valutazione dei

postumi invalidanti verrà utilizzata la tabella INAIL in vigore al momento della denuncia del sinistro.

ART. 6 - LIQUIDAZIONE. 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 10 giorni lavorativi dalla ricezione della proposta controfirmata per accettazione da parte dell'assicurato.

Esempio di modulo per autocertificazione per il rimborso IPM:

AUTOCERTIFICAZIONE IPM

(In osservanza a quanto previsto dal)

Città _____, data _____

N. SINISTRO – POSIZIONE	AGENZIA DI PERTINENZA	N. POLIZZA
CONTRAENTE		ASSICURATO

Nome _____ Cognome _____

Codice Fiscale _____

Data di nascita ____/____/____ a _____ prov. _____ residente a _____

prov. _____ indirizzo _____ cap. _____ tel. _____

domiciliato a (indicare solo se diverso dalla residenza) _____

prov. _____ indirizzo _____ cap. _____

Email _____ PEC _____

dichiara alla Compagnia _____ e per opportuna conoscenza all'Ente Nazionale di Previdenza e Assistenza Medici

che lo stato invalidante per il quale ha richiesto l'indennizzo:

non è mai stato denunciato e liquidato dalla polizza precedentemente stipulata dalle OO.SS. a copertura del medesimo rischio assicurato.

è già stato indennizzato dalla polizza precedentemente stipulata dalle OO.SS. a copertura del medesimo rischio assicurato.

Consapevole che, in caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, sono previste la perdita dei benefici conseguiti e sanzioni penali (articoli 75 e 76 del decreto del Presidente della Repubblica 445/2000)

In Fede

ART. 7 - PENALI. Sono previste penali, a carico della Società, qualora non venissero rispettati i tempi sopraindicati. In particolare:

1. qualora la Società formulasse la proposta di indennizzo a partire dal trentunesimo giorno lavorativo successivo dall'effettuazione della visita definitiva da parte del

- fiduciario della Società, la Società stessa dovrà corrispondere ai beneficiari dell'assicurazione la somma forfettaria di euro cinquecento, oltre all'indennizzo dovuto.
2. qualora la Società formulasse la proposta d'indennizzo a partire dal quarantacinquesimo giorno lavorativo successivo dall'effettuazione della visita definitiva da parte del fiduciario della Società, la Società stessa dovrà corrispondere ai beneficiari dell'assicurazione la somma forfettaria di euro millecinquecento, oltre all'indennizzo dovuto.
 3. qualora la Società liquidasse l'indennizzo a partire dal sedicesimo giorno lavorativo successivo alla ricezione della proposta dell'indennizzo controfirmata per accettazione da parte dell'assicurato, la Società stessa dovrà corrispondere ai beneficiari dell'assicurazione la somma forfettaria di euro millecinquecento, oltre all'indennizzo dovuto.
 4. qualora la Società liquidasse l'indennizzo a partire dal trentunesimo giorno lavorativo successivo alla ricezione della proposta d'indennizzo controfirmata per accettazione da parte dell'assicurato, la Società stessa dovrà corrispondere ai beneficiari dell'assicurazione la somma forfettaria di euro millecinquecento, oltre all'indennizzo dovuto.

Condizioni Generali di Assicurazione relative a tutti i Settori e Sezioni

ART. 1 - EFFETTO E DURATA DELLA POLIZZA

La presente Polizza stipulata tra la Società e la Contraente ha durata triennale a decorrere dalla prima ora del 01.02.2020 e scadrà il 31.01.2023 senza facoltà di disdetta da parte delle Compagnia Assicuratrice e cesserà alla scadenza senza necessità di alcuna comunicazione formale da ognuna delle parti. E' pertanto espressamente escluso il tacito rinnovo.

E' inoltre facoltà di ENPAM, entro 60 gg dalla scadenza della Polizza, richiedere alla Società la ripetizione del servizio fino ad un massimo di 24 (ventiquattro) mesi; in tal caso la Società sarà obbligata a per il periodo richiesto e alle medesime condizioni normative ed economiche in vigore.

E' data facoltà alla Contraente di recedere dal contratto con preavviso di 60 giorni da ogni scadenza annuale intermedia, senza che la Compagnia possa vantare alcun diritto e/o indennità.

Fatto salvo quanto indicato all'ART. 23 che segue, nel caso in cui l'ACN subisse delle variazioni rispetto a quanto indicato al comma 1 e 2 delle Premesse, è facoltà della Contraente disdire

con preavviso di 60 giorni. Tale disdetta potrà essere inviata indipendentemente dalla scadenza anniversaria senza che la Compagnia possa vantare alcun diritto e/o indennità.

La presente Polizza opera, a tutti gli effetti - per la validità delle coperture - senza soluzione di continuità con la Polizza n. 2106.30.300039 stipulata con la Cattolica Assicurazioni in Coassicurazione con la Groupama Ass.ni.

ART. 2 - PAGAMENTO DEL PREMIO E REGOLAZIONE

Il premio finito di assicurazione è pari a quanto convenuto nella Premessa di polizza al punto 2 è dovrà essere pagato direttamente alla Direzione della Compagnia.

Ciascuna A.A.S.S.L.L. - con le stesse scadenze previste per il versamento del contributo previdenziale - versa il sopraindicato premio assicurativo di sua pertinenza all'ENPAM affinché lo stesso provveda a riversarlo – secondo quanto stabilito nel protocollo OO.SS. Firmatari – Enpam – direttamente alla Società.

Le AA.SS.LL. dovranno dar notizia dell'avvenuto versamento dei premi (specificando n° di mandato, data di versamento, importo e periodo di competenza) all'Ufficio indicato dalla Società in sede di offerta - con riserva da parte della Società di richiedere gli elenchi nominativi dei medici cui i versamenti si riferiscono. Il premio di cui sopra è comprensivo di accessori e dell'imposta sulle assicurazioni vigenti e nessun altro onere a qualsiasi titolo sarà a carico del Contraente, degli Assicurati e dell'ENPAM stesso.

Il Contratto Assicurativo viene inviato alle OO.SS. per presa d'atto. Il premio di polizza nella misura del contributo predetto è dovuto per l'intera annualità assicurativa anche se è concesso il frazionamento in rate mensili, il cui valore sarà direttamente correlato ai versamenti delle ASL nel mese precedente.

Per il medico nei cui riguardi cessi il rapporto con l'Azienda Sanitaria Locale nel corso dell'annualità assicurativa il premio e la relativa copertura saranno limitati all'effetto periodo di iscrizione nell'elenco dell'Azienda Sanitaria Locale.

Fra le parti resta inoltre convenuto che non sono dovute "riliquidazioni" dei sinistri già definiti secondo le modalità del precedente ACN, così come non sono dovute regolazioni del premio per effetto del riconoscimento dei compensi arretrati di cui all'art. 59, lettera A, comma 1, all'art.72 comma 4 e all'art.99 comma 2.

La Società si riserva comunque il diritto di controllare il regolare versamento sia da parte dell'A.S.L. competente per i premi relativi all'Assicurato colpito da sinistro sia da parte dell'ENPAM, per l'inoltro degli stessi e di eseguire il pagamento del rimborso al momento della ricezione dei premi stessi.

Tuttavia, in caso di mancato versamento dei premi da parte dell'A.S.L. e/o dell'ENPAM, la Società s'impegna ad effettuare la liquidazione degli indennizzi, anche in assenza del regolare versamento dei premi da parte sia delle AA.SS.LL. sia dell'ENPAM, purché il ritardo non superi i

dieci mesi dall'ultimo giorno del mese d'accadimento del sinistro. In tal caso la Società dovrà dimostrare il mancato versamento del premio.

L'indennizzo viene corrisposto in Italia ed in €uro.

CONDIZIONI AGGIUNTIVE RELATIVE A TUTTI I SETTORI E GARANZIE

ART. 1 - CLAUSOLA RISOLUTIVA ESPRESSA

La presente Polizza, ai sensi e per gli effetti dell'art. 1456 del C.C., si risolverà di diritto al verificarsi di una delle situazioni di seguito indicate, fermo restando il diritto della Contraente di agire per il risarcimento dei danni subiti:

1. subappalto delle prestazioni contrattuali senza autorizzazione della Contraente;
2. cessione del contratto;
3. dopo tre inadempienze, contestate tramite raccomandata A.R. in ordine alla perfetta esecuzione del servizio;
4. provvedimenti a carico dei rappresentanti dell'appaltatore di cui alla vigente normativa antimafia;
5. revoca dell'autorizzazione all'esercizio dell'attività assicurativa;
6. violazione degli obblighi di riservatezza.

ART. 2 - ASSICURAZIONE PER CONTO ALTRUI

La presente assicurazione è stipulata per conto altrui per la copertura dei rischi indicati; gli obblighi derivanti dal Contratto devono essere adempiuti dalla Contraente salvo quelli che, per loro natura, non possano essere adempiuti che dall'Assicurato così come disposto dall'art.1891 del C.C.

ART. 3 - ESTENSIONE TERRITORIALE

La copertura assicurativa è indipendente dal luogo (nazionale o estero) dove si verifica il sinistro.

ART. 4 - ONERI FISCALI

Gli oneri fiscali relativi all'assicurazione sono a carico della Contraente.

ART. 5 - ALTRE ASSICURAZIONI

LA Contraente è tenuta a denunciare alla Compagnia l'eventuale o successiva esistenza di altre assicurazioni da essa stipulate per il medesimo rischio. La Società entro 30 (trenta) giorni dalla comunicazione può recedere dal contratto con preavviso di almeno 30 (trenta) giorni. L'Assicurato è esonerato dal dichiarare alla Società l'eventuale esistenza di altre polizze da lui stipulate per il medesimo rischio, fermo l'obbligo di darne avviso in caso di sinistro.

Art. 6 - OBBLIGHI RELATIVI ALLA TRACCIABILITÀ DEI FLUSSI FINANZIARI

La Compagnia delegataria e/o le Compagnie coassicuratrici, fornitrice/i del servizio assicurativo assume/mono tutti gli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari di cui all'art 3 legge 136/2010 e successive modifiche.

Art. 7 - FORMA DELLE COMUNICAZIONI

Tutte le comunicazioni devono essere fatte con telegramma, con telefax, posta elettronica, posta elettronica certificata.

Art. 8 - STATISTICHE SINISTRI

La Società si impegna - e pertanto ne è obbligata - a comunicare con cadenza mensile (entro il 5 del mese successivo) ad ENPAM le informazioni inerenti le denunce di sinistro e le liquidazioni operate nello stesso mese. Verranno forniti tramite tracciato elettronico concordato con ENPAM i seguenti dati: numero sinistro, tipologia garanzia interessata (1-2-3), divisi per ciascun settore comprensivi dei dati anagrafici, data denuncia e tempistiche di gestione dei sinistri (a titolo esemplificativo: data di invio della documentazione e delle richieste di documentazione da parte della Società, data di completamento dell'istruttoria, ovvero della documentazione richiesta, data di chiamata a visita, data chiusura del sinistro), data di liquidazione e tipologia di liquidazioni (primo pagamento ed eventuali pagamenti successivi), comprensivi degli importi liquidati e/o riservati (o come offerta migliorativa proposta in sede di gara).

La Società si impegna a comunicare trimestralmente (entro il 15 del mese successivo) ad ENPAM ed alle OO.SS. firmatarie dell'ACN, attraverso tracciato elettronico concordato con ENPAM, le statistiche (di ciascun periodo assicurativo) riepilogative dei sinistri aperti, liquidati/riservati e rigettati. Si precisa che la richiesta potrà essere inoltrata dalle OO.SS. anche singolarmente. In ogni caso è facoltà delle OO.SS. di chiedere le statistiche riepilogative alla Compagnia che dovrà fornire i dati entro e non oltre 15 giorni dal ricevimento della richiesta.

La Società si impegna a mettere a disposizione una linea diretta con la Compagnia, attraverso un recapito telefonico e una mail dedicata alla Fondazione per le comunicazioni relative al contratto. (o come offerta migliorativa proposta in sede di gara).

Art. 9 - FORO COMPETENTE

Per la risoluzione di eventuali controversie relative ai sinistri il foro competente è quello di residenza o domicilio dell'Assicurato.

Per la risoluzione di controversie relative al contratto il Foro competente è quello della sede della Contraente.

Art. 10 - REGOLAZIONE DEL PREMIO ASSICURATIVO

#Inserire in caso di eventuale opzione/i migliorativa/e offerta/e:

E' prevista una regolazione del Premio Assicurativo in relazione all'andamento complessivo del contratto alla scadenza delle due annualità.

Dopo 9 mesi dal termine del periodo della Polizza, a condizione che la stessa non sia stata anticipatamente annullata o disdettata dalla Contraente, verrà compilato uno speciale prospetto riepilogativo dei risultati economici derivanti dall'andamento complessivo del contratto nel periodo assicurativo nel quale figurino:

- All'attivo: 80% (**o come offerta migliorativa proposta in sede di gara – incremento massimo del 10%**) dei premi imponibili raccolti dalla Società, compresi eventuali sovrappremi o integrazioni di premio applicate, per l'intero periodo assicurativo;
- Al passivo: i sinistri liquidati + le riserve tecniche accantonate per l'erogazione delle prestazioni relative ai sinistri già definiti (tali riserve terranno conto degli eventi rilevati nei 9 mesi successivi alla scadenza del contratto, anche per quanto riguarda i decessi) + l'ammontare complessivo preventivato per la liquidazione dei sinistri pendenti.

Il 50% del saldo attivo risultante da tale bilancio sarà devoluto alla Contraente quale rimborso del Premio Assicurativo. La modalità di utilizzo di tali importi in favore dei medici di Assistenza Primaria, Continuità Assistenziale ed Emergenza Sanitaria Territoriale verrà definita dalla Fondazione d'intesa con la Commissione Consultiva Permanente di cui all'Accordo tra l'Enpam e le OO.SS del 13 luglio 2017.

Art. 11 - COASSICURAZIONE, RAGGRUPPAMENTO TEMPORANEO E DELEGA

Qualora l'Assicurazione fosse divisa per quote fra diverse Società Coassicuratrici ai sensi dell'art. 1911 del Codice Civile, in caso di sinistro le Società stesse concorreranno nel pagamento dell'indennizzo, liquidato a termini delle Condizioni di Assicurazione in proporzione della quota da esse assicurata. In deroga all'art. 1911 del Codice Civile, è stabilito il principio di solidarietà; pertanto la Società Delegataria, in via solidale, sarà comunque tenuta a rispondere nei confronti dell'assicurato e/o contraente, di tutti gli obblighi derivanti dal contratto.

Nel caso in cui le suddette Società siano invece temporaneamente raggruppate tutte le Società sono responsabili in solido per il pagamento dell'indennizzo e la Società mandataria del raggruppamento è considerata Società Delegataria.

In particolare, tutte le comunicazioni inerenti il Contratto, ivi comprese quelle relative al recesso o alla disdetta ed alla gestione dei sinistri, si intendono fatte o ricevute dalla Delegataria in nome e per conto di tutte le Società coassicuratrici.

Le Società coassicuratrici riconoscono come validi ed efficaci anche nei propri confronti tutti

gli atti di gestione compiuti dalla Delegataria per conto comune. La sottoscritta Società Delegataria dichiara di aver ricevuto mandato dalle Coassicuratrici indicate negli atti suddetti (polizza e appendici) a firmarli anche in loro nome e per loro conto.

Pertanto la firma apposta dalla Direzione della Società Delegataria sui Documenti di Assicurazione, li rende ad ogni effetto validi anche per le quote delle Coassicuratrici.

L'Assicurazione è ripartita per quote fra le Società in appresso indicate:

SOCIETA'	QUOTA
DELEGATARIA SOCIETA' CATTOLICA DI ASSICURAZIONE SOC. COOP.	60%
AVIVA ITALIA SPA	40%

Art. 12 - TRATTAMENTO DEI DATI

Ai sensi del D.lgs. 196/2003, ciascuna delle parti (Contraente, Assicurato, Società, OO.SS) consente il trattamento dei dati personali rilevabili dalla polizza o che ne derivino (comprese le statistiche dei sinistri), per le finalità strettamente connesse alla gestione dei sinistri e agli adempimenti degli obblighi contrattuali.

Art. 13 - CLAUSOLE VESSATORIE

L'indicazione delle clausole che necessitano della specifica approvazione per iscritto ex artt. 1341 e 1342 del c.c. è a carico della Società offerente, che dovrà provvedervi entro e non oltre la data di effetto della polizza.

Art. 14 - MODIFICHE

Nessuna modifica delle garanzie e condizioni previste dalla Polizza potrà essere introdotta e/o imposta dalla Società, se non in base ad apposita modifica scritta alla Polizza stessa concordata dalla Società con la Contraente, anche per effetto delle eventuali variazioni/modifiche che dovessero essere apportate all'ACN. Resta inteso che il Contraente non è tenuto a comunicare variazioni del rischio derivanti da sopravvenienze normative ovvero da modifiche degli orientamenti giurisprudenziali conseguenti a pronunce di merito o di legittimità.

Art. 15 - DICHIARAZIONI DEL CONTRAENTE – FORMA DELLE COMUNICAZIONI

La Società presta il proprio consenso all'assicurazione e determina il premio unicamente in base alle dichiarazioni del Contraente sui dati e le circostanze oggetto di domanda da parte della Società. Tutte le comunicazioni alle quali è tenuto il Contraente nel corso del contratto devono essere fatte con lettera raccomandata o posta elettronica certificata (pec)

Art. 16 - FORO COMPETENTE

Per le azioni riguardanti l'esecuzione del presente contratto e per ogni controversia diversa da quelle previste dai precedenti art. A5, art. B20 e art. C7, foro competente è quello del luogo di residenza o sede del Contraente ovvero dell'Assicurato.

Art. 17 - RECESSO IN CASO DI SINISTRO

La Società non potrà esercitare la facoltà di recesso dal contratto a seguito di sinistro.

Art. 18 - RINUNCIA ALL'AZIONE DI RIVALSA

La Società rinuncia al diritto di surroga derivante dall'art.1916 del Codice Civile verso il responsabile dell'infortunio, lasciando così integri i diritti dell'Assicurato e dei suoi aventi causa contro i responsabili dell'infortunio.

Art. 19 - MONITORAGGIO DELL'ANDAMENTO TECNICO

Resta inteso fra le parti che l'andamento tecnico delle garanzie prestate nelle sezioni 1, 2 e 3 della presente polizza sarà monitorato con cadenza semestrale al fine di apportare miglioramenti o correttivi alle garanzie prestate.

Art. 20 - COMMISSIONE PARITETICA – COLLEGIO ARBITRALE

Fermo quanto previsto all' Art. 9 delle Condizioni Aggiuntive, in caso di 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, le Parti si obbligano a demandare alla Commissione Paritetica la valutazione – al fine di una composizione amichevole – se e in quale misura siano dovuti gli indennizzi, a norma e nei limiti delle Condizioni di polizza.

La Commissione Paritetica sarà formata dal responsabile del servizio (o dal suo sostituto) in qualità di rappresentate della Società, così come indicati nel progetto tecnico di gara e da eventuali altre figure tecniche che la stessa riterrà opportuno coinvolgere in relazione all'ordine del giorno. Inoltre sarà composta dai rappresentanti indicati dalla Contraente secondo le modalità previste dall'Accordo tra l'Enpam e le OO.SS del 13 luglio 2017, accompagnati da altre figure tecniche che la stessa riterrà opportuno coinvolgere in relazione all'ordine del giorno. Gli incontri si terranno inderogabilmente presso la sede della Contraente con cadenza semestrale). La Commissione Paritetica sarà anche il referente per il monitoraggio degli andamenti della polizza di cui al precedente Art. 19.

La risoluzione amministrativa delle problematiche relative alle controversie sulla interpretazione di clausole contrattuali, improntata al criterio di maggior favore nei confronti del

Contraente/Assicurato, è demandata ad una apposita Commissione, i cui partecipanti verranno indicati dalla Contraente secondo le modalità previste dall'Accordo tra l'Enpam e le OO.SS del 13 luglio 2017.

Alla stessa Commissione è affidato il compito di verificare il comportamento delle parti nell'esecuzione del contratto, con riferimento all'adempimento degli obblighi assunti, di monitorare l'andamento dei sinistri, di risolvere eventuali contrasti interpretativi. Potrà inoltre formulare suggerimenti riguardanti modifiche contrattuali atte a migliorarne la gestione.

Qualora non si sia ricorsi alla Commissione Paritetica oppure, dopo il ricorso alla Commissione Paritetica, la divergenza persista, le Parti si obbligano a conferire mandato al Collegio arbitrale, come disciplinato all'Art 21 che segue, in caso di controversie sulla natura e/o sulla durata dell'evento (per la sez. 1), sulla natura o sulle conseguenze delle lesioni, sul grado di invalidità permanente nonché sull'applicazione dei criteri di indennizzabilità di cui all'Art. 2 Settore AP, all'Art. 2 Settore CA, all'Art. 3 Sezione infortuni e all'Art. 3 Sezione Invalidità Permanente da Malattia.

Art. 21 - COLLEGIO ARBITRALE

Così come previsto all'Art. 20 delle Condizioni Aggiuntive, in caso di controversie sulla natura e/o sulla durata dell'evento (per la sez. 1), sulla natura o sulle conseguenze delle lesioni, sul grado di invalidità permanente nonché sull'applicazione dei criteri di indennizzabilità di cui all'Art. 2 Settore AP, all'Art. 2 Settore CA, all'Art. 3 Sezione infortuni e all'Art. 3 Sezione Invalidità Permanente da Malattia, le Parti conferiranno il mandato ad un Collegio arbitrale composto da tre medici.

La proposta di convocare il Collegio Arbitrale deve essere formulata dall'Assicurato, o dagli aventi diritto, per iscritto con l'indicazione del nome del medico designato. La Società comunica, quindi, all'Assicurato il nome del medico da essa scelto. Il terzo medico viene individuato dalle Parti di comune accordo; in caso di disaccordo provvede alla designazione il Presidente dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo dove deve riunirsi il Collegio Arbitrale. Nominato il terzo medico, la Società convoca il Collegio invitando l'Assicurato a presentarsi. Il Collegio Arbitrale ha sede presso il luogo di residenza o sede dell'Assicurato. Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e contribuisce, per la metà, alle spese e competenze del terzo medico. Le competenze di quest'ultimo non possono essere superiori alle tariffe previste per la Commissione Medica Centrale di inabilità dell'Enpam (delibera del C.d.A. dell'Enpam n. 16 del 27/02/2009). La decisione del Collegio Arbitrale è vincolante per le Parti anche se uno dei medici rifiuta di firmare il relativo verbale.

Per le prestazioni di invalidità permanente da infortunio (sez B), è data facoltà al collegio di rinviare, ove ne riscontri l'opportunità, l'accertamento definitivo dell'invalidità permanente ad epoca da fissarsi dal collegio stesso, entro 2 anni, in tal caso il collegio può disporre la

concessione di un anticipo secondo quanto stabilito dal precedente Art. 5 – Sezione Infortuni.

Per tutte le controversie, escluse quelle afferenti ai sinistri, relative all'esecuzione, interpretazione e risoluzione del presente contratto e non definite ai sensi dell'Art. 21, sarà competente un collegio arbitrale composto da tre membri, due scelti da ciascuna delle parti ed il terzo nominato di accordo tra gli arbitri; in assenza di accordo dal Presidente del Tribunale di Roma. L'arbitrato avrà sede in Roma. Gli arbitri giudicheranno nel rispetto delle norme del codice di procedura civile.

Art. 22 - INTERPRETAZIONE DEL CONTRATTO

Si conviene fra le Parti che, in caso di dubbio nell'interpretazione anche di una delle condizioni di polizza, si dovrà intendere che le stesse devono interpretarsi in senso conforme a quello in cui tali condizioni possano essere ritenute legittime e non contrarie a disposizione di legge e all'A.C.N.; in ogni caso, verrà data l'interpretazione più estensiva e più favorevole all'Assicurato su quanto contemplato dalle condizioni tutte di polizza.

Art. 23 - ONERI

Tutti gli oneri, presenti e futuri, relativi al premio, alla polizza ed agli atti da essa dipendenti, sono a carico della Contraente secondo quanto stabilito dall'ACN, anche se il pagamento ne sia stato anticipato dalla Società.

Art. 24 - RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

Per tutto quanto non è qui diversamente regolato, valgono le norme di legge e l'A.C.N..