

Assicurazione per Malattia *in favore dei Medici Pediatri di Libera Scelta*

Che cos'è

- È una polizza assicurativa (la n. M58000635/04) contratta tra i **Sindacati firmatari dell'ACN** in base a quanto stabilito al punto 3 dell'art. 42, ai sensi dell'art. 4 comma 9 della legge n. 412/1991 e dell'art. 8 del D.L. n. 502/92, e la **Fondiarria-Sai S.p.A.**

Cosa copre

- Copre il **pregiudizio economico** dei medici pediatri di libera scelta che, per **malattia e/o infortunio**, sono costretti a farsi sostituire da un altro medico

Quali sono le prestazioni

- Le prestazioni sono qui di seguito elencate. Il rimborso sarà calcolato:
 - A) con decorrenza dal **terzo giorno di sostituzione fino al trentesimo giorno** per ogni evento di **malattia che non comporti ricovero** in Istituto di Cura;
 - B) con decorrenza dal **secondo giorno di sostituzione fino al trentesimo giorno** per ogni evento di **malattia che comporti ricovero** in Istituto di Cura;
 - C) con decorrenza dal **terzo giorno di sostituzione fino al trentesimo giorno** per **gli infortuni extraprofessionali che comportino ricovero** in Istituto di Cura;
 - D) con decorrenza dal **secondo giorno dalla data dell'evento** per tutte le **patologie oncologiche che comportino cicli di terapie** (radioterapia, chemioterapia ecc.) che, agli effetti di polizza, saranno considerate unico evento.

Le franchigie indicate non si applicano per i casi di day hospital, day surgery e ambulatorio surgery.

Nel caso in cui la malattia e/o l'infortunio professionale, naturalmente come unico evento, **comportasse una assenza continuativa ed ininterrotta dal lavoro**, al medico pediatria titolare di convenzione, non inferiore a giorni 25 la franchigia di giorni 1 (uno) verrà riassorbita nel computo totale dei giorni da indennizzare, fermo il resto.

Quanto copre

- Il rimborso sarà corrisposto con un importo massimo calcolato secondo un indice forfetario di riferimento pari ad **1/90** delle competenze spettanti a titolo di "onorario professionale" e "compenso professionale aggiuntivo" di cui ai punti A1 e A2 dell'art. 41 del richiamato Accordo Collettivo Nazionale, **percepite nei tre mesi precedenti** il mese in cui si è verificato l'evento che ha comportato la sostituzione; se l'assicurato si assenta per malattia nei primi tre mesi dell'iscrizione negli elenchi delle UU.SS.LL., l'indice di riferimento è rapportato ai primi tre mesi di lavoro.

Nel caso in cui il medico sostituto non sia titolare di convenzione come pediatra di libera scelta, al medico sostituito sarà corrisposto, con una maggiorazione del 35%, quanto previsto al punto 2 dell'allegato sub lettera F dell'ACN del 15/12/2005.

Cosa è escluso

- L'indennità non è corrisposta qualora l'impossibilità dell'assicurato a prestare la propria attività sia dovuta a:
 1. malattie senza ricovero che abbiano colpito l'assicurato nei 18 giorni successivi a un precedente periodo della stessa malattia, per il quale sia stato richiesto il rimborso con la presente assicurazione;
 2. 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 e successive modificazioni e/o integrazioni);
 3. aborto spontaneo o terapeutico, verificatosi tra l'inizio del terzo mese ed il termine del sesto mese di gravidanza (ai sensi della legge n. 379 dell'11/12/1990 e successive modificazioni e/o integrazioni);
 4. conseguenze di proprie azioni delittuose;sono inoltre escluse dall'indennizzo:
 5. salvo i casi di day hospital, day surgery e ambulatorio surgery, i giorni festivi, comprese le domeniche, mentre i sabati ricorrenti nel periodo di malattia vengono liquidati al 50%;
 6. relativamente agli assicurati che soffrono di patologie acute e croniche dando origine al ripetersi dell'evento di malattia, dopo la liquidazione del secondo sinistro i giorni successivi ad un precedente periodo per la stessa malattia, passano da 18 a 25 gg. e dopo il quarto sinistro sono 50 gg.;
 7. relativamente a coloro che durante l'anno denunciassero più sinistri, verranno liquidati applicando dopo il terzo sinistro una graduazione della franchigia come segue: 1 giorno in più per ogni sinistro ulteriore dopo il terzo fino ad un'applicazione massima di giorni 6 di franchigia;sono altresì esclusi dall'assicurazione gli infortuni extra - professionali determinati da:
 8. guida di qualsiasi veicolo o natante a motore se l'assicurato è privo della prescritta abilitazione;
 9. partecipazione, con qualsiasi veicolo o natante a motore, a competizioni non di regolarità pura ed alle relative prove;
 10. pilotaggio ed uso di aeromobili di qualsiasi tipo, nonché guida ed uso di mezzi subacquei;
 11. pratica di pugilato, salto dal trampolino con gli sci o idrosci, sci acrobatico, bob, paracadutismo, free climbing (arrampicata libera);
 12. pratica di atletica pesante, lotta nelle sue varie forme, alpinismo con scalata di roccia o ghiacciai oltre il 3° grado della scala di Monaco, rugby, football americano, immersione con respiratore;
 13. partecipazione a corse o a gare - e relative prove e allenamenti - ippiche, calcistiche, ciclistiche, sciistiche, di pallacanestro, di pallavolo e arti marziali che richiedano il tesseramento alle relative federazioni o enti sportivi similari;
 14. azioni dolose commesse o tentate dall'assicurato, atti contro la propria persona da lui volontariamente compiuti o consentiti;
 15. abuso di alcool, psicofarmaci, uso di stupefacenti ed allucinogeni;
 16. guerre o insurrezioni;
 17. movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche, maremoti ed inondazioni;
 18. trasmutazione del nucleo dell'atomo come pure di radiazioni provocate artificialmente dall'accelerazione di particelle atomiche o da esposizione a radiazioni ionizzanti.
- In caso di eventuali controversie sulla natura dell'evento o sulla durata della malattia, le parti comunque si obbligano a conferire mandato a un collegio di tre medici, nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo o dal Presidente della sezione dell'Ordine dei Medici a cui è iscritto l'assicurato; tale collegio ha mandato di decidere l'indennità dovuta; ciascuna delle parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze del terzo medico. Foro



competente è esclusivamente quello dell'Autorità giudiziaria dove ha sede la residenza dell'Assicurato.

Cosa fare in caso di malattia

- Entro **20 giorni** dall'inizio della malattia inviare a mezzo fax al n. **+39 02 67628 385** il modulo di **Denuncia Malattia unitamente ai seguenti documenti:**
 1. **comunicazione di avvenuta sostituzione del titolare** con altro medico indicante il luogo di reperibilità dell'assicurato durante la malattia;
 2. **certificato medico con diagnosi e prognosi della malattia o dichiarazione di ricovero in Istituto di Cura.**

- Successivamente, e solo a **guarigione avvenuta**, inviare a mezzo raccomandata r.r.:
 3. **certificato di avvenuta guarigione, redatto dal medico curante, con relativa data di ripresa del lavoro o in caso di ricovero, dichiarazione dell'Istituto di Cura riportante la data di ricovero e la data di dimissione** (con diritto della Compagnia di Assicurazione di richiedere copia della cartella clinica);
 4. **fotocopia della lettera trasmessa dal Medico Pediatra alla AUSL** per comunicare la malattia e la sostituzione, con **conferma di ricezione o dichiarazione della stessa per il periodo di assenza e data ripresa del lavoro**, oppure dichiarazione della AUSL nel caso essa abbia provveduto direttamente alla designazione del sostituto;
 5. **fotocopia delle distinte di pagamento delle competenze (busta paga) del Medico Pediatra degli ultimi tre mesi antecedenti l'inizio della malattia** (con diritto della Compagnia di Assicurazione di richiedere in visione gli originali); se l'assenza per malattia avviene durante il primo trimestre di attività convenzionata, fanno fede gli emolumenti dei primi tre mesi di lavoro;
 6. **fotocopia della fattura o notula con ritenuta d'acconto rilasciata dal sostituto**, quietanzata per avvenuto pagamento e riportante la descrizione del servizio reso (sostituzione) e il periodo di tempo in cui il servizio stesso è stato effettuato;

nonché **modulo allegato contenente:**

- **dati anagrafici del medico sostituto;**
- **ASL di appartenenza;**
- **estremi del c/c bancario (codice IBAN) e intestatario del conto;**
- **autocertificazione del medico sostituto ai sensi degli artt. 18 e 19 del D.P.R. 445/2000**, per dichiarare se lo stesso è o meno un medico specialista in pediatria, sottoscritta;
- **informativa e consenso al trattamento dei dati personali ai sensi dell'art. 13 Decreto legislativo n. 196 del 30/6/2003 (codice privacy) sottoscritta.**

ENTRO 20 GIORNI DAL RICEVIMENTO DI TUTTA LA DOCUMENTAZIONE (ESATTA E COMPLETA) L'UFFICIO LIQUIDAZIONE DANNI INOLTERRÁ' ALL'ASSICURATO COMUNICAZIONE DI ORDINE DI PAGAMENTO.

Per ogni informazione sulle pratiche di sinistro e l'invio della documentazione rivolgersi a:



GPA Assiparos S.p.A.
Servizio Medici Pediatri
Via Melchiorre Gioia 124
20125 Milano
tel. +39 02 67628.1 (centralino)
tel. +39 02 67628 232 o 312
fax + 39 02 67628 385
e.mail conv.medicipediatri@gruppongpa.it



Modulo di denuncia malattia da inviare debitamente compilato in ogni sua parte unitamente all'autocertificazione del medico sostituto ai sensi degli artt. 18 e 19 del D.P.R. 445/2000, all'informativa sulla privacy e ai documenti richiesti:

.....
Modulo di denuncia (da inviare entro 20 giorni dall'inizio della malattia o dall'infortunio)
al fax n. +39 02 67628385

Dati relativi al Medico Pediatra assicurato richiedente l'indennizzo:

Il sottoscritto:

Nome:	<input type="text"/>		
Cognome:	<input type="text"/>		
Codice Fiscale:	<input type="text"/>		
ASL di appartenenza:	<input type="text"/>		
Indirizzo (via e n. civico):	<input type="text"/>		
C.A.P.:	<input type="text"/>	<input type="text"/> Città	<input type="text"/> Prov.
Telefono:	<input type="text"/>	<input type="text"/> Fax:	
Cellulare:	<input type="text"/>		
Indirizzo e - mail:	<input type="text"/>		
IBAN (obbligatorio):	<input type="text"/>		
Intestatario del conto corrente	<input type="text"/>		

Comunica la sua impossibilit  a prestare la propria attivit  professionale a causa di

<input type="checkbox"/> Infortunio	<input type="checkbox"/> professionale	<input type="checkbox"/> con ricovero (gg _____)
	<input type="checkbox"/> extra professionale	<input type="checkbox"/> senza ricovero
<input type="checkbox"/> Malattia Tipo malattia _____	iniziata/o in data _____	<input type="checkbox"/> gesso o mezzo contenimento (<input type="checkbox"/> struttura pubblica <input type="checkbox"/> struttura privata)
		<input type="checkbox"/> senza ricovero
Breve descrizione dell'evento		<input type="checkbox"/> con ricovero (gg _____)
		<input type="checkbox"/> gesso o mezzo contenimento (<input type="checkbox"/> struttura pubblica <input type="checkbox"/> struttura privata)
		<input type="checkbox"/> senza ricovero
		<input type="text"/>

Altre denunce nell'anno in corso	<input type="checkbox"/> Malattia <input type="checkbox"/> senza ricovero <input type="checkbox"/> senza ricovero
	<input type="checkbox"/> Infortunio (<input type="checkbox"/> profess. ; <input type="checkbox"/> extra profession.) <input type="checkbox"/> con ricovero <input type="checkbox"/> senza ricovero
e sarà sostituito dal dottor	

***Si allega inoltre certificato medico con diagnosi e prognosi di malattia,
autocertificazione ai sensi del d.p.r. n. 445 del 28/12/2000 e
informativa ai sensi dell'articolo 13 del Decreto Legislativo 30/06/2003 n. 196***

Firma



**AUTOCERTIFICAZIONE DEL MEDICO SOSTITUTO AI SENSI DEL D.P.R. N. 445 DEL
28/12/2000**

Io sottoscritto _____ nato a _____ il _____ residente in _____, via _____, C.F. _____ ai sensi e per gli effetti degli artt. 18 e 19 del D.P.R. n. 445 del 28/12/2000, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 dello stesso per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, con la presente

DICHIARO

di essere iscritto all'ordine dei Medici Chirurghi e odontoiatri della provincia di _____

di essere specializzato in pediatria
 altre specializzazioni (_____)
 non specializzato

di aver conseguito la specializzazione in pediatria o discipline equipollenti in data _____

In fede

Data _____

Timbro e Firma del Medico Sostituto

_____ 



INFORMATIVA AI SENSI DELL'ARTICOLO 13 DEL DECRETO LEGISLATIVO 30/06/2003 N. 196

Ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 196 del 30 giugno 2003, ed in relazione ai dati personali dei Clienti (anche potenziali - di seguito, semplicemente, Clienti) di cui GPA ASSIPAROS S.p.A., in qualità di Titolare del Trattamento, entrerà in possesso, informiamo di quanto segue:

1. FINALITA' DEL TRATTAMENTO DEI DATI

Il trattamento è diretto all'espletamento da parte di GPA ASSIPAROS S.p.A. delle finalità di gestione dei sinistri attinenti esclusivamente all'esercizio dell'attività assicurativa e riassicurativa.

2. MODALITA' DEL TRATTAMENTO

Il trattamento: è realizzato per mezzo di operazioni o complessi di operazioni indicate all'art. 4, comma 1 lett.a) del D. Lgs. 196/03: raccolta, registrazione, organizzazione, conservazione, elaborazione, modificazione, raffronto, interconnessione, selezione, estrazione, consultazione, comunicazione, blocco, cancellazione e distruzione; è effettuato con o senza l'ausilio di mezzi elettronici o comunque automatizzati; è svolto dall'organizzazione del Titolare e da società di fiducia e da Ulisse srl, consulente delle Organizzazioni Sindacali contraenti della polizza primi 30 gg di malattia. Tali società sono dirette collaboratrici di GPA ASSIPAROS S.p.A. e operano in totale autonomia come distinti titolari del trattamento di dati personali, obbligati ad adempiere in proprio alla normativa in materia di tutela di protezione dei dati personali. Si tratta in modo particolare di società che svolgono servizi di archiviazione della documentazione relativa ai rapporti intercorsi con la clientela, perizie, gestione e liquidazione sinistri.

3. CONFERIMENTO DEI DATI

La raccolta dei dati può avvenire presso l'interessato ovvero presso la sede di GPA ASSIPAROS S.p.A. ove è effettuato il trattamento. Il conferimento di dati personali comuni, sensibili e, se del caso, giudiziari, è indispensabile ai fini dello svolgimento delle attività di cui al punto 1. ossia: gestione ed esecuzione dei rapporti in essere, inclusa gestione e liquidazione dei sinistri.

4. RIFIUTO DI CONFERIMENTO DEI DATI

L'eventuale rifiuto da parte dell'interessato di conferire i dati personali di cui al punto 3, relativamente alla finalità di cui al punto 1., comporta l'impossibilità di adempiere a quanto previsto per gestire e liquidare i sinistri.

5. COMUNICAZIONE DEI DATI

I dati personali possono essere comunicati - per le finalità di cui al punto 1. e per essere sottoposti a trattamenti aventi le medesime finalità ovvero obbligatori per legge - agli altri soggetti del settore assicurativo, quali assicuratori, coassicuratori e riassicuratori; agenti, subagenti, produttori di agenzia; legali, periti, enti o imprese convenzionati; società di servizi a cui siano affidati la gestione, la liquidazione ed il pagamento dei sinistri; società di servizi informatici o di archiviazione; società collegate; altri enti pubblici; gli stessi dati saranno comunicati al consulente Ulisse srl. Tali soggetti operano in totale autonomia come distinti Titolari del trattamento di dati personali, e sono obbligati ad adempiere in proprio alla legge. L'elenco dei destinatari delle comunicazioni dei dati personali può essere gratuitamente messo a conoscenza dell'interessato, mediante richiesta scritta alla struttura incaricata al successivo punto 9., ai sensi dell'art. 7 del D. Lgs. 196/03.

6. DIFFUSIONE DEI DATI.

I dati personali non sono soggetti a diffusione.

7. TRASFERIMENTO DEI DATI ALL'ESTERO.

I dati personali possono essere trasferiti esclusivamente verso le sedi di GPA ASSIPAROS S.p.A. presenti sia nei Paesi dell'Unione Europea sia nei Paesi terzi rispetto all'Unione Europea nell'ambito delle finalità di cui al punto 1.

8. DIRITTI DELL'INTERESSATO.

L'art. 7 del D. Lgs. 196/03 conferisce all'interessato l'esercizio di specifici diritti, tra cui quello di ottenere da GPA ASSIPAROS S.p.A. la conferma dell'esistenza o meno di propri dati personali e la loro messa a disposizione in forma intelligibile; di avere conoscenza dell'origine dei dati, della finalità e delle modalità del trattamento, della logica applicata al trattamento, degli estremi identificativi del Titolare, dei responsabili, del rappresentante designato e dei soggetti o delle categorie di soggetto cui i dati possono essere comunicati. L'interessato ha, inoltre, diritto di ottenere l'aggiornamento, la rettificazione e l'integrazione dei dati, la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione della legge; nonché quello di opporsi, per motivi legittimi, al trattamento dei dati. L'Interessato ha facoltà di esercitare i propri diritti in ogni momento, secondo quanto stabilito dall'art. 8 del D. Lgs. 196/03.

9. TITOLARE DEL TRATTAMENTO

La cotitolarità del trattamento è di GPA ASSIPAROS S.p.A., con sede a Milano in via M. Gioia 124fax n. 02 67628665, e-mail privacy@gruppongpa.it, domiciliato per la carica presso l'indirizzo sopra indicato, e di Ulisse srl, con sede in Terni, via Pola, 14, tel. 0744 432602, ulisse@internetwork.it, domiciliato per la carica presso l'indirizzo sopra indicato.

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI COMUNI, SENSIBILI E GIUDIZIARI

Alla luce dell'informativa di cui sopra e ai sensi dell'art. 23 e 26 del D. Lgs. 196/03, chiediamo quindi in primo luogo di esprimere il consenso al trattamento dei dati strettamente necessari per le operazioni e servizi richiesti e più precisamente per:

- il trattamento dei dati personali per le finalità di cui al punto 1. dell'informativa;
- la comunicazione dei dati personali alle categorie di soggetti - e nelle modalità indicate - di cui al punto 5 della presente informativa, i quali li possono sottoporre a trattamenti aventi le finalità di cui al punto 1. della medesima informativa;
- il trattamento dei dati sensibili e giudiziari per le finalità di cui al punto 1. dell'informativa e nelle modalità di cui al punto 2;
- la comunicazione dei dati sensibili e giudiziari alle categorie di soggetti - e nelle modalità indicate - di cui al punto 5. della presente informativa, i quali possono sottoporli a trattamenti aventi le finalità di cui al punto 1. della informativa medesima;

COGNOME E NOME: _____
(in stampatello)

CODICE FISCALE : _____

Per ricevuta comunicazione e consenso al trattamento





Firma: _____