

ESTRATTO DALLE CONDIZIONI CONTRATTUALI DELLA COPERTURA ASSICURATIVA PER INFORTUNI E MALATTIA - MEDICI DI PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA

DEFINIZIONI

Nel testo che segue, si intende per:

Accordo Collettivo Nazionale o ACN: l'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i Medici Pediatri di Libera Scelta ai sensi dell'art. 8 del D.Lgs. n. 502/1992 e successive modificazioni e integrazioni - data 15.12.2005;

Assicurato: il Medico Pediatra di libera scelta il cui interesse e' protetto dalla assicurazione;

Contraente: **FIMP Federazione Italiana Medici Pediatri**, quale firmatario dell'Accordo Collettivo Nazionale (di seguito anche: Associazione Sindacale o Associazione);

Ente preposto: la Fondazione E.N.P.A.M. (Ente Nazionale di Previdenza e Assistenza dei Medici e degli Odontoiatri), percettore del contributo per la assicurazione di malattia (di seguito anche: Fondazione);

Societa': la Compagnia assicuratrice;

Broker: la Societa' Willis Italia SpA

Assicurazione: il contratto di assicurazione;

Polizza: il documento che prova e regola la assicurazione;

Franchigia: la parte di danno che l'Assicurato tiene a suo carico e che per ciascun sinistro viene dedotto dall'indennizzo;

Sinistro: l'evento dannoso per il quale è prestata l'assicurazione;

Indennizzo: la somma dovuta dalla Società all'Assicurato in caso di sinistro;

Liquidazione del danno: la determinazione della somma rimborsabile a titolo di indennizzo;

Annualità assicurativa o periodo assicurativo: il periodo compreso tra la data di effetto e la data di prima scadenza annuale, o tra due date di scadenza annuale tra loro successive, o tra l'ultima data di scadenza annuale e la data di cessazione della assicurazione;

Infornio e/o Malattia (di seguito anche, genericamente: malattia): l'evento avvenuto per causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni fisiche o patologie oggettivamente constatabili, o la alterazione dello stato di salute, dai quali derivi un impedimento temporaneo generale o la limitazione all'esercizio dell'attività dell'assicurato;

Infornio extra professionale: l'evento accaduto durante l'esercizio di un'attività sportiva;

Ricovero in Istituto di Cura o Ricovero: la degenza in Istituto di Cura pubblico o privato autorizzato ai sensi della normativa vigente alla erogazione di assistenza ospedaliera. Si intende parificato a Ricovero l'apposizione di apparecchio immobilizzante, così come la prescrizione di "riposo assoluto a letto".

CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

Il contratto assicurativo ha effetto dalle ore 24,00 del 31.12.2007.

Riferimento alle norme di legge - Foro competente

Per quanto non previsto dalle presenti condizioni contrattuali – che verranno interpretate in maniera favorevole all'Associazione Contraente e all'Assicurato, qualora fossero discordanti tra loro - valgono unicamente le norme stabilite dal Codice Civile.

Per le controversie riguardanti l'applicazione del contratto, è competente l'Autorità Giudiziaria del luogo ove ha sede l'Associazione Contraente.

Gestione del contratto

La gestione del contratto e' affidata a Willis Italia SpA, in qualita' di broker di assicurazione dell'Associazione.

L'Associazione, la Fondazione e la Societa' si danno reciprocamente atto che tutti i rapporti, compreso il pagamento dei premi, avverranno per il tramite del broker; la Societa' da' atto che il pagamento dei premi e' liberatorio per la Associazione.

Tutte le comunicazioni riguardanti il contratto avverranno anch'esse per il tramite del suddetto broker, che viene quindi riconosciuto dalle parti quale mittente e/o destinatario in luogo e per conto delle stesse.

Rinuncia al diritto di surroga

La Società dichiara di rinunciare a favore degli assicurati alla azione di surroga che possa competerle ai sensi dell'art. 1916 C.C. .

Variazione del rischio

Resta convenuto che le variazioni che comportano diminuzioni o aggravamento del rischio conseguenti a disposizioni di leggi, regolamenti, accordi o contratti collettivi, o altri atti amministrativi, non sono soggette alla disciplina degli artt. 1897 e 1898 del Codice Civile, e che pertanto il nuovo rischio rientra automaticamente in garanzia senza modifica del premio.

CONDIZIONI PARTICOLARI DELL'ASSICURAZIONE

Oggetto dell'assicurazione

Oggetto dell'assicurazione sono gli infortuni e/o le malattie (di seguito genericamente: malattia) occorsi agli Assicurati, da cui origini la impossibilita' di prestare la propria opera e tale da richiedere il ricorso al Medico Pediatra Sostituto ai sensi dell'Accordo Collettivo Nazionale (di seguito genericamente: sostituzione).

Efficacia dell'assicurazione

A solo titolo esemplificativo e non limitativo si precisa che la copertura assicurativa – che opera senza limiti territoriali - comprende quanto conseguente a o derivante da:

- § imprudenze e negligenze anche gravi
 - § malore ed incoscienza, purché non determinati da uso di sostanze stupefacenti o simili assorbite per scopi non terapeutici
 - § abuso di alcolici, purché non alla guida di veicoli e/o natanti in genere
 - § tumulti popolari, atti di pirateria, atti terroristici, aggressioni, atti violenti qualunque ne sia il movente
 - § calamita' naturali,
- nonche':
- § l'annegamento ed asfissia
 - § l'avvelenamento da ingestione o assorbimento di sostanze nocive
 - § il contatto con corrosivi
 - § le lesioni determinate da sforzi muscolari aventi carattere traumatico
 - § la folgorazione, i colpi di sole o di calore, l'assideramento o il congelamento
 - § le influenze termiche e atmosferiche
 - § i morsi di animali o punture di insetti, escluse quelle per cui gli insetti siano portatori necessari.

Liquidazione del danno

L'indennizzo spettante all'Assicurato corrispondera' all'importo che si ottiene moltiplicando il numero delle giornate di malattia per un valore forfettario unitario corrispondente a 1/90 del compenso previsto dall'art. 58, lett. A, comma 1 e 9 dell'Accordo Collettivo Nazionale, percepito dall'Assicurato nei 3 mesi antecedenti il mese in cui si e' verificata la malattia, fermo che:

- a) qualora la malattia sia intervenuta nei primi tre mesi correnti dalla data di iscrizione dell'Assicurato negli elenchi della Azienda Sanitaria di riferimento, l'importo giornaliero sara' calcolato rapportandolo al periodo corrente tra la data di iscrizione e la data di inizio della malattia;
- b) il numero delle giornate di malattia sarà calcolato fino ad un massimo di 30 giorni per ciascun evento, con decorrenza:
 1. dal primo giorno in ogni caso e con esclusione:
 2. dell'ultima giornata festiva di malattia, se la ripresa dell'attività avviene il primo giorno lavorativo successivo
- c) la malattia non comportante ricovero insorta entro i 5 giorni successivi alla guarigione da un precedente evento riguardante la medesima malattia verrà cumulata con quest'ultima e l'una e l'altra/e costituiranno un unico evento.

CONDIZIONI OPERATIVE DELL'ASSICURAZIONE

Esclusioni

La copertura assicurativa non opera in caso di:

- assenza per maternità nel periodo corrente tra i due mesi antecedenti la data presunta e i tre mesi successivi alla data effettiva del parto.

Denuncia dei sinistri - Modalità per la liquidazione dell'indennità - Controversie

La denuncia del sinistro verrà effettuata per iscritto dall'Assicurato alla Società e per essa al broker (di seguito genericamente: Società), entro venti giorni dall'inizio della malattia.

Mediante la denuncia di sinistro, l'Assicurato fornirà alla Società il certificato medico riportante la diagnosi e la prognosi della malattia.

Al termine del periodo di malattia, l'Assicurato fornirà alla Società:

1. il certificato medico di guarigione, e/o la dichiarazione dell'Istituto di cura riportante la data di ricovero e la data di dimissione
2. la copia della comunicazione inviata dall'Assicurato alla ASL di riferimento relativa alla sostituzione con altro Medico, oppure la dichiarazione della ASL di riferimento laddove essa abbia provveduto direttamente alla designazione del Medico sostituto
3. la copia delle distinte di pagamento effettuato all'Assicurato, relative ai compensi liquidati negli ultimi tre mesi precedenti l'evento (o minor periodo qualora ricorrano i presupposti di cui al punto 2.a dell'Art. Liquidazione del danno che precede)
4. i propri estremi bancari, per il pagamento dell'indennizzo dovuto.

L'Assicurato deve consentire le indagini e gli accertamenti ritenuti necessari dalla Società; a questo scopo, l'assicurato si obbliga anche a liberare dal segreto professionale i medici curanti o dallo stesso interessati.

La Società, entro trenta giorni dal ricevimento di tutta la documentazione necessaria e richiesta, provvederà a liquidare all'Assicurato l'indennizzo spettante, mediante versamento sul conto corrente bancario da esso indicato.

Qualora l'Assicurato non condivida le valutazioni e/o il conteggio dell'indennizzo effettuate dalla Società, la definizione del sinistro verrà, su domanda dello stesso, deferita ad un collegio di tre arbitri nominati uno dalla Società, uno dall'Assicurato ed il terzo in accordo fra i primi due o, in difetto, dal Presidente dell'Ordine dei Medici a cui è iscritto l'Assicurato.

Gli arbitri, tenendo presenti le condizioni negoziali contenute nel presente contratto, decideranno a maggioranza. La loro decisione sarà impegnativa per le parti ed inappellabile anche in eventuale mancanza di sottoscrizione dell'arbitro dissenziente.

Ciascuna delle parti sostiene le spese del proprio arbitro e metà di quelle del terzo.

Trattamento dei dati

Ai sensi del D. Lgs. n. 196/2003, ciascuna delle parti (Contraente, Assicurato, Società) consente il trattamento dei dati personali rilevabili dalla polizza o che ne derivino, per le finalità strettamente connesse agli adempimenti degli obblighi contrattuali.