

CAPITOLATO TECNICO



INDICE

Premesse e Definizioni	3
Termini dell'accordo	
Art. 1 Ambito dell'accordo	5
Art. 2 Oggetto dell'accordo	5
Art. 3 Erogazione delle prestazioni agli assicurati	5
Art. 4 Premio	5
Art. 5 Dati a disposizione della Società	5
Art. 6 Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio e buona fede	6
PARTE A. INABILITA' TEMPORANEA DA INFORTUNI E MALATTIA.	
Art. A1. Oggetto dell'Assicurazione	6
Art. A2. Limiti delle prestazioni	6
Art. A3. Denuncia del sinistro	8
Art. A4. Termini per la liquidazione	9
PARTE B. INFORTUNI CASO MORTE E INVALIDITÀ PERMANENTE	
Art. B1. Oggetto dell'assicurazione	10
Art. B2. Ernie e sforzi	10
Art. B3. Trasporti	10
Art. B4. Rischio volo	10
Art. B5. Movimenti tellurici – eruzioni vulcaniche – inondazioni	11
Art. B6. Stato di guerra e di insurrezione	11
Art. B7. Malattie tropicali	11
Art. B8. Persone non assicurabili	11
Art. B9. Limiti	11
Art. B10. Esclusioni	11
Art. B11. Invalidità Permanente da infortunio	12
Art. B12. Franchigia assoluta per invalidità permanente da infortunio	12
Art. B13. Morte	13
Art. B14. Morte presunta	13
Art. B15. Assicurazione in base al numero delle persone assicurate o ad altre forme di indicazione non nominativa delle persone assicurate	13
Art. B16. Denuncia dell'infortunio	13
Art. B17. Criteri di indennizzabilità	14
Art. B18. Liquidazione, Penali	14
Art. B19. Anticipi	15
PARTE C. INVALIDITA' PERMANENTE DA MALATTIA	
Art. C1. Oggetto dell'assicurazione	15
Art. C2. Denuncia della malattia o della invalidità. Obblighi dell'Assicurato	15
Art. C3. Criteri di indennizzabilità	15
Art. C4. Cumulo dell'indennità	16
Art. C5. Invalidità permanente parziale	16
Art. C6. Liquidazione, Penali	16
PARTE D. CONDIZIONI AGGIUNTIVE(comuni alle sez. A, B e C)	
Art. D1. Commissione di Composizione	17
Art. D2. La gestione dei sinistri	17
Art. D3. Trattamento dei dati	17
Art. D4. dati Obbligo di fornire i dati dell'andamento del rischio	17
PARTE E. DISPOSIZIONI VARIE(comuni alle sez. A, B e C)	
Art. E1. Forma delle comunicazioni	17
Art. E2. Foro competente	18
Art. E3. Decorrenza	18
Art. E4. Rinuncia all'azione di rivalsa	18
Art. E5. Oneri	18
Art. E6. Rinvio alle norme di legge	18
ALLEGATO A)	



PREMESSE

Il presente Capitolato Tecnico contiene le caratteristiche richieste a tutela del documento economico dei medici convenzionati con il Servizio Sanitario Nazionale in conformità a quanto sotto riportato.

Il documento è strutturato in funzione delle seguenti premesse:

1. In base alle disposizioni contenute nel vigente Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale (articoli 60, commi 4 e 5, 72, comma 4 e 99, comma 2), è posto a carico del servizio sanitario pubblico un contributo (pari allo 0,72% dei compensi percepiti da ciascuna delle categorie di medici), per far fronte al pregiudizio economico subito dai medici derivante dall'onere della sostituzione per eventi di malattia, infortunio, gravidanza e delle eventuali conseguenze di lungo periodo. Tali importi vengono versati dalle Aziende Sanitarie Locali all'Enpam affinché "provveda in merito" alle tutele suddette.
2. L'articolo 37 dell' Accordo Collettivo Nazionale 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 e che i rapporti economici tra medico sostituito e medico sostituto sono disciplinati dalla norme di cui all'allegato sub lettera C, nel rispetto della normativa fiscale.
3. Ai sensi dell'articolo 3, comma 2, dello Statuto della Fondazione Enpam (Ente Nazionale Previdenza ed Assistenza dei Medici) *"La Fondazione ha lo scopo di attuare la previdenza e l'assistenza a favore degli iscritti, dei loro familiari e superstiti, nonché di realizzare interventi di promozione e sostegno all'attività e al reddito dei professionisti iscritti, secondo quanto previsto dalla legge e dai regolamenti deliberati dalla Fondazione medesima ed approvati dalle Amministrazioni vigilanti di cui all'art. 3 del decreto legislativo 30 giugno 1994, n. 509"*.
4. Secondo l'Art. 5 comma 2 dello Statuto *"la Fondazione può promuovere e gestire forme di previdenza ed assistenza integrative a favore di tutti i medici ed odontoiatri italiani o di particolari categorie di sanitari, nel rispetto delle norme che regolano la materia. La Fondazione può inoltre prestare ai propri iscritti e pensionati, nei limiti consentiti dalla legge, forme di tutela sanitaria integrativa, anche mediante la stipulazione di polizze assicurative annuali e poliennali"*.
5. L'erogazione diretta da parte dell'Ente delle prestazioni spettanti per far fronte al pregiudizio economico subito dai medici derivante dall'onere della sostituzione per eventi di malattia, infortunio, gravidanza e delle eventuali conseguenze di lungo periodo per i medici di assistenza primaria, continuità assistenziale e emergenza sanitaria territoriale, è stata prevista all'interno del *"Regolamento per l'erogazione delle prestazioni di inabilità temporanea del Fondo di previdenza a favore di medici generici, pediatri e addetti ai servizi di guardia medica"*, agli articoli 1 comma 4 e 13 bis, come emendato il primo e introdotto il secondo, con delibera del Consiglio di Amministrazione del 17 settembre 2015.
6. In virtù di tale previsione, con delibera del 17 settembre 2015, trasmessa ai Ministeri vigilanti in data 29 settembre 2015, il Consiglio di Amministrazione ha approvato le *"Norme attuative in materia di prima trenta giorni di malattia ed eventuali conseguenze economiche di lungo periodo"* per i medici di assistenza primaria, continuità assistenziale e emergenza sanitaria territoriale, attraverso le quali l'Enpam ha disciplinato taluni profili specifici e le modalità operative inerenti l'erogazione della prestazione.
7. Le prestazioni saranno, pertanto, erogate ai medici in via diretta dall'ENPAM, che però intende trasferire parte del rischio ad una compagnia assicurativa secondo le modalità di seguito descritte

DEFINIZIONI COMUNI

Le parti attribuiscono alle sotto indicate definizioni il significato a fianco indicato.

1. 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.



2. *Assicurato*: il medico di Assistenza Primaria (A.P.), il medico di Continuità Assistenziale (C.A.) ed Emergenza Sanitaria Territoriale (E.S.T.) il cui rapporto di lavoro autonomo, continuativo e coordinato – così come regolato dagli artt. 33 e ss. dall'A.C.N. del 27 maggio 2009 – sia vigente.
3. *Assicurazione*: il contratto di assicurazione.
4. *Assistenza primaria*: così come definita dalla legge 833/78 S.M.I. successivamente definita A.P.
5. *Commissione di Composizione*: organo deputato alla risoluzione delle controversie composto da un incaricato di Enpam Sicura, delegata da Enpam ed un rappresentante della Compagnia Assicurativa.
6. *Contraente*: L'Ente Nazionale di Previdenza ed Assistenza Medici (E.N.P.A.M.), trasformato in Fondazione senza scopo di lucro e con la personalità giuridica di diritto privato ai sensi del comma 33, lettera a), n. 4, dell'art. 1 della legge 24 dicembre 1993, n. 537, e dell'art. 1 del decreto legislativo 30 giugno 1994, n. 509, ha la denominazione di Ente Nazionale di Previdenza ed Assistenza dei Medici e degli Odontoiatri – Fondazione ENPAM.
7. *Continuità assistenziale*: così come definita dalla legge 833/78 S.M.I. successivamente definita C.A.
8. *Day Hospital*: struttura sanitaria autorizzata avente posti letto per degenza diurna che eroga terapie mediche – per almeno 5 ore al giorno (1 ora esclusivamente in caso di terapie oncologiche) - e/o prestazioni chirurgiche eseguite da medici chirurghi specialisti e/o prestazioni diagnostiche invasive e che rilascia regolare cartella clinica.
9. *Day Surgery*: struttura sanitaria autorizzata avente posti letto per degenza diurna, che eroga prestazioni chirurgiche eseguite da medici chirurghi specialisti e che rilascia regolare cartella clinica.
10. *Emergenza Sanitaria Territoriale*: così come definita dalla legge 833/78 S.M.I. successivamente definita E.S.T.
11. *ENPAM*: L'Ente Nazionale di Previdenza ed Assistenza Medici (E.N.P.A.M.), trasformato in Fondazione senza scopo di lucro e con la personalità giuridica di diritto privato ai sensi del comma 33, lettera a), n. 4, dell'art. 1 della legge 24 dicembre 1993, n. 537, e dell'art. 1 del decreto legislativo 30 giugno 1994, n. 509, ha la denominazione di Ente Nazionale di Previdenza ed Assistenza dei Medici e degli Odontoiatri – Fondazione ENPAM.
12. *Enpam Sicura Srl*: Società a socio unico sottoposta alla direzione e Coordinamento ex art. 2497 bis c.c da parte del socio unico Fondazione Enpam (Ente Nazionale di Previdenza ed Assistenza dei Medici ed Odontoiatri) società a responsabilità limitata di proprietà di Enpam e incaricata per la gestione dei rapporti con gli iscritti e dei sinistri relativi alla polizza in oggetto.
13. *Franchigia*: La somma determinata in misura fissa che rimane a carico dell'Assicurato. Qualora venga espressa in giorni è il numero dei giorni per i quali non viene corrisposto all'Assicurato l'importo garantito.
14. *Gessatura*: per 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 poliuretanica, i metodi di contenzione Ilizarov, F.E.A. (fissatore esterno assiale), termomodellati, VTR nonché qualsiasi dispositivo applicato da personale medico o sanitario non medico utilizzato nel trattamento di contenzione articolare o distrettuale, o per osteosintesi, reso necessario da frattura radiologicamente accertata.
15. *Gravidanza*: lo stato fisiologico di gestazione e di conseguente puerperio che comporta a norma di legge la riduzione dell'attività lavorativa o l'astensione.
16. *Gravi mali*: patologie oncologiche, i.m.a., vasculopatie ischemico-emorragico-cerebrali, malattie infiammatorie croniche intestinali in fase attiva con necessità di ricovero, morbo di Parkinson, leucemie, sclerosi multipla, malattia di Alzheimer, insufficienza renale acuta in trattamento dialitico, coma.
17. *Gravi traumatismi*: conseguenze di infortunio comportanti immobilizzazione e/o gessatura superiori a 40 giorni e relativa sospensione continuativa del rapporto di lavoro.
18. *Indennizzo*: la somma corrisposta dalla Società in caso di sinistro per i danni subiti dall'assicurato.
19. *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.
20. *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.
21. *Invalità Permanente*: la perdita permanente, definitiva ed irrimediabile, in misura parziale o totale, della capacità generica dell'Assicurato allo svolgimento dell'attività.
22. *Istituto di cura*: Ospedale, clinica o istituto universitario, casa di cura, sia convenzionata con il Servizio Sanitario Nazionale che privata, regolarmente autorizzati dalle competenti Autorità, in base ai requisiti di



legge, all'erogazione dell'assistenza ospedaliera, anche in regime di degenza diurna, con esclusione degli stabilimenti termali, della case di convalescenza e di soggiorno e delle cliniche aventi finalità dietologiche ed estetiche.

23. *Malattia*: ogni alterazione patologica dello stato di salute, che causi l'impossibilità dell'Assicurato di prestare la propria opera.
24. *Le Parti*: la Società e l'Enpam.
25. *Premio*: la somma dovuta dal Contraente alla Società.
26. *Polizza*: il documento che prova l'assicurazione.
27. *Ricovero*: la degenza, comportante pernottamento, in Istituto di Cura (pubblico o privato) regolarmente autorizzato all'erogazione di assistenza ospedalieri.
28. *Rimborso*: ristoro delle spese anticipate dall'assicurato in caso di sinistro.
29. *Rischi professionali*: gli infortuni che l'Assicurato subisca nell'esercizio delle occupazioni professionali principali dichiarate.
30. *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.
31. *Rischio*: la probabilità del verificarsi del sinistro.
32. *Scoperto*: parte del danno indennizzabile, espressa in percentuale sull'ammontare del danno, che non viene indennizzato all'Assicurato.
33. *Sinistro*: il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata l'assicurazione.
34. *Società*: Compagnia di Assicurazioni, detta anche Compagnia.
35. *Danno Aggregato*: importo totale dei sinistri generati dalle polizze assicurative stipulate da ENPAM con i propri assicurati.
36. *Accordo*: contratto mediante il quale ENPAM trasferisce parzialmente il rischio alla Società secondo i termini descritti di seguito.
37. *Soglia*: importo massimo del Danno Aggregato che rimane a carico di ENPAM.

TERMINI DELL'ACCORDO

Art. 1: Ambito dell'Accordo

L'accordo riguarda la cessione parziale da parte della Fondazione Enpam, ente appaltante del capitolato in oggetto, alla Società di parte dei rischi derivanti dalle seguenti tipologie di prestazioni erogate da ENPAM per i medici di assistenza primaria, continuità assistenziale e emergenza sanitaria territoriale:

- A. **Inabilità temporanea da infortuni e malattia;**
- B. **Infortuni caso morte e invalidità permanente;**
- C. **Invalidità permanente da malattia.**

Le clausole specifiche delle prestazioni indicate sono descritte nelle apposite sezioni A, B e C.

Art. 2: Oggetto dell'Accordo

L'accordo è relativo all'anno 2016:

- ENPAM si farà interamente carico del pagamento dei sinistri ai medici entro la soglia.
- ENPAM pagherà un premio, relativo alla cessione del rischio di cui al presente capitolato, alla Società entro 30 giorni dall'aggiudicazione definitiva.
- La Società assumerà a proprio carico la parte del Danno Aggregato che dovesse eccedere la soglia.

Il servizio avrà durata dalla stipula del contratto con scadenza alle ore 24,00 del 31 Dicembre 2016.

La Soglia è pari a euro 17.000.000 (diciassette milioni) e sarà determinata avuto riguardo all'ammontare complessivo delle prestazioni erogate dall'ENPAM dalle ore 00.00 del 1 gennaio 2016 sino alla cessazione di efficacia dell'accordo.



Art. 3: Erogazione delle prestazioni ai medici

Sono rimessi ad insindacabile giudizio della Committente modalità, tempi, criteri e condizioni di erogazione delle prestazioni in via diretta, nel rispetto dell'ordinamento vigente e dei regolamenti ENPAM.

Enpam ha delegato per la gestione dei rapporti con gli iscritti e dei sinistri una propria società interna, Enpam Sicura, con la quale ha concordato delle specifiche modalità operative. La Società dovrà esercitare la propria attività compatibilmente con tali modalità operative, secondo le indicazioni di cui all'Allegato A.

Enpam Sicura comunicherà alla Compagnia, tramite pec o lettera raccomandata, l'avvenuto raggiungimento della Soglia nell'erogazione diretta delle prestazioni ai medici, con conseguente efficacia ed operatività del presente Accordo.

Enpam Sicura, al fine di dare costante e trasparente informativa alla Compagnia, conferisce ad essa facoltà di prendere visione dei flussi liquidativi e di visionare ciascuna richiesta di sinistro.

Art. 4: Premio

Le Società che parteciperanno alla gara formuleranno un'offerta per il premio da ricevere uguale o inferiore alla base di gara fissata in euro 600.000,00 (seicentomila/00).

L'importo del premio sarà quello indicato nell'offerta della Società che si aggiudicherà il contratto.

Art. 5: Dati a disposizione della Società

La Società ha facoltà di richiedere ad Enpam i dati storici sull'andamento del rischio di cui L'Ente sia in possesso.

La Società dichiara di aver operato ogni valutazione del rischio oggetto di bando, per il tramite di propri tecnici specializzati, e di aver conseguentemente ritenuto congrua l'offerta economica formulata, rinunciando ad eccezioni e contestazioni concernenti la misura del premio assicurativo e l'effettiva consistenza del rischio assunto.

Art. 6: Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio e buona fede

In deroga agli artt. 1892, 1893, 1894 e 1898 del Cod. Civ. si prende atto che la mancata o inesatta comunicazione da parte della Contraente di circostanze o di mutamenti che aggravino il rischio non comporterà l'annullamento del contratto, né la decadenza dal diritto all'indennizzo, né la riduzione dello stesso, né la cessazione dell'assicurazione sempre che tale mancata o inesatta comunicazione sia avvenuta in buona fede. Le parti convengono che le variazioni che comportano aggravamento del rischio conseguenti a disposizioni di leggi, di regolamenti o di atti amministrativi, non sono soggette alla disciplina dell'art. 1898 del Codice Civile e l'eventuale nuovo rischio rientra automaticamente in garanzia senza modifica del tasso di premio sempre che tali circostanze o mutamenti non riguardino l'inclusione di tipologie di rischio diverse da quanto garantito dal presente contratto.

La Società ha il diritto di percepire la differenza di premio corrispondente al maggior rischio non valutato per effetto di circostanze non note, a decorrere dal momento in cui la circostanza si è verificata.

La Società dichiara di aver esaminato in ogni sua parte la documentazione di gara ed il presente capitolato e quant'altro ad esso allegato e di conseguenza di accettare, senza riserva alcuna, i termini, le modalità e le prescrizioni in essi contenute.

A. INABILITA' TEMPORANEA DA INFORTUNI E MALATTIA

Art. A1. Oggetto dell'Assicurazione

Art. A1.1: oggetto dell'assicurazione per i medici iscritti all'Assistenza Primaria (AP)

La Società corrisponde all'Assicurato, che a causa di malattia e/o malattia in gravidanza e/o infortunio si trova nell'impossibilità di prestare la propria opera ed abbia comunicato tale impossibilità alla competente ASL e quindi sia stato sostituito da altro medico, un rimborso dell'effettiva spesa sostenuta dall'Assicurato stesso – nei limiti riportati



al successivo Art. A2.1 ed a condizione che sia stata raggiunta la Soglia nell'erogazione diretta delle prestazioni da parte di ENPAM e ne sia stata data comunicazione alla Società – a presentazione della fattura o della ricevuta fiscale, quietanzata per avvenuto pagamento, rilasciatagli dal collega sostituto. La fattura riporterà anche la descrizione del servizio reso (sostituzione) e del periodo in cui lo stesso è stato effettuato.

Art. A1.2: oggetto dell'assicurazione per i medici iscritti alla Continuità Assistenziale ed Emergenza Sanitaria Territoriale (CAEST)

La Società corrisponde all'Assicurato che, per malattia e/o per malattia in gravidanza e/o per infortunio extraprofessionale, si trovi nell'impossibilità di prestare la propria opera di servizio di Continuità Assistenziale o di Emergenza Sanitaria Territoriale ed abbia comunicato tale impossibilità alla competente A.S.L., un indennizzo - nei limiti riportati al successivo Art. A2.2 - 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.T.) 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 nell'ultimo periodo nel quale l'assicurato ha lavorato per tre mesi consecutivi.

La Società, al verificarsi di un infortunio extra professionale (anche se dovuto ad imperizia, imprudenza o negligenza grave oppure a stato di malore o di incoscienza), e/o per malattia e/o per malattia in gravidanza, corrisponde al medico di Continuità Assistenziale e/o di Emergenza Sanitaria Territoriale un indennizzo pari alle competenze spettanti, ma non percepite, come sopra indicate esclusivamente per l'attività di Continuità Assistenziale e/o Emergenza Sanitaria Territoriale.

Art. A2. Limiti delle prestazioni.

Art. A2.1: Limiti delle prestazioni per i medici iscritti all'Assistenza Primaria (A.P.)

Il rimborso giornaliero spettante all'Assicurato, di cui al precedente art. A1.1, sarà corrisposto entro il limite di un importo massimo, determinato nella misura di 1/90 della somma delle competenze spettanti al medico sostituito secondo l'art. 59 lettera a) comma 1 dell' A.C.N., percepite nei tre mesi antecedenti il mese in cui si è verificato l'evento che ha comportato la sostituzione.

Se l'Assicurato si assenta per malattia e/o malattia in gravidanza e/o infortunio entro i tre mesi dall'iscrizione negli elenchi delle AA.SS.LL., il calcolo è rapportato ai giorni di lavoro svolti sino alla data dell'evento.

Qualora l'importo della fattura di cui al punto A1.1 fosse inferiore all'indennizzo così calcolato, la somma sarà rimborsata nel limite di quanto risultante in fattura.

Art. A2.1.1: Franchigie

Il rimborso, di cui al precedente art.2.1, sarà calcolato per un periodo massimo di trenta giorni, con l'applicazione della franchigia di cinque giorni nei casi di eventi di malattia e/o malattia in gravidanza e/o infortunio che non comportino ricovero in Istituto di Cura. Nessuna franchigia sarà invece applicata nei seguenti casi:

- a) malattia e/o malattia in gravidanza e/o infortunio che comporti ricovero in Istituto di Cura, Day Surgery, Day Hospital per malattia oncologica anche senza intervento chirurgico;
- b) malattia e/o malattia in gravidanza che comporti ricovero in Day Hospital per prestazioni diagnostiche invasive: amniocentesi, endoscopie con biopsia, biopsie, coronarografie, eliminazione dei calcoli renali attraverso bombardamento/laser;
- c) 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 40 giorni;
- d) aborto, spontaneo o terapeutico fino alla concorrenza massima del rimborso di euro 1.000;

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 liquidati.

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 dagli artt. 18 e 19 dell'A.C.N.;

Sono inoltre escluse dalla garanzia le malattie e/o infortuni senza ricovero 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 dalla presente assicurazione.

Art. A2.2: Limiti delle prestazioni per i medici iscritti alla Continuità Assistenziale ed Emergenza Sanitaria Territoriale (CAEST)

L'indennizzo di cui al precedente art. A1.2 sarà corrisposto dalla Società con decorrenza:

- 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;
- b) 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;
- c) 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 nell'ambito dell'anno solare (ovvero dal 1 gennaio al 31 dicembre di ogni anno) 20% di scoperto;
 - sul 2° sinistro nell'ambito dell'anno solare (ovvero dal 1 gennaio al 31 dicembre di ogni anno) 32,5% di scoperto;
 - dal 3° sinistro nell'ambito dell'anno solare (ovvero dal 1 gennaio al 31 dicembre di ogni anno) 50% di scoperto.
- d) Tuttavia, in caso di richieste di liquidazione per assenza dovuta a:
 - "Gravi mali" verrà sempre applicato lo scoperto del 20% 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;
- e) 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 1.000, per aborto, spontaneo o terapeutico.
- f) Nel caso in cui, in presenza di plus orario - articolo 65 comma 2 (per la C.A.) e art. 98 comma 4 (per la E.S.T.) dell'ACN i medici di Continuità Assistenziale e di Emergenza Sanitaria in taluni periodi abbiano incarichi settimanali per un numero di ore eccedente quello previsto, la Società, previa regolarità dei versamenti s'impegna a pagare il medico secondo le modalità espresse 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 dagli artt. 18 e 19 dell'A.C.N.;



Sono inoltre escluse dalla garanzia la malattia e/o la malattia in gravidanza e/o l'infortunio extraprofessionale senza ricovero che abbiano colpito il medico assicurato nei quindici giorni immediatamente successivi alla ripresa del lavoro e con l'effettuazione di almeno un turno completo.

Art. A3. Denuncia del sinistro.

Art. A3.1: Documentazione richiesta per i medici di Assistenza Primaria

L'Assicurato deve comunicare a mezzo raccomandata o via pec ad Enpam Sicura Srl pec....pec.it referente Tizio e Caio..., 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 della 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, attestante l'inabilità temporanea e assoluta allo svolgimento dell'attività professionale; per i medici di assistenza primaria in caso di grave traumatismo sarà necessario allegare 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 cartellina 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;
3. Certificazione medica e dichiarazione rilasciata dalla A.S.L., che attesti l'avvenuta sostituzione per un periodo continuativo di almeno 40 giorni, in caso di assenza per grave traumatismo;
4. Fotocopia, 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. Fotocopia della fattura o ricevuta fiscalmente valida 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 (dal-al). Suddetta fotocopia dovrà riportare la seguente dicitura e dallo stemmedico siglata in calce "Dichiaro che il documento è copia conforme all'originale".
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.;

Art. A3.2: Documentazione richiesta per i medici di Continuità Assistenziale ed Emergenza Sanitaria Territoriale

L'Assicurato deve comunicare, a mezzo raccomandata o via pec, ad Enpam Sicura Srl pec....pec.it referente Tizio e Caio..., l'inizio della malattia e/o malattia in gravidanza e/o infortunio extraprofessionale, che comporti l'impossibilità di prestare la propria opera e la sostituzione con altro medico, entro dieci giorni dall'inizio della malattia stessa, ovvero della 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 extraprofessionale, attestante l'inabilità temporanea e assoluta allo svolgimento dell'attività professionale.

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
 - 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 dovuto (con diritto da parte della Società di richiesta di copia dell'accordo aziendale);
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 con l'effettuazione di almeno un turno completo 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.;

Art. A4. Termini per la liquidazione.

La Società riceverà da Enpam Sicura l'esatta e completa documentazione di cui ai precedenti art. A3.1 e A3.2 unitamente all'importo da liquidare. La Società potrà richiedere ad Enpam Sicura, al fine della liquidazione del sinistro, integrazioni di documenti o chiarimenti che dovranno essere forniti entro 20 giorni dalla richiesta. In tal caso i termini della liquidazione decorreranno dalla scadenza del termine entro cui fornire l'integrazione documentale o i chiarimenti.

B. INFORTUNI CASO MORTE E INVALIDITÀ PERMANENTE

Art. B1. Oggetto dell'assicurazione.

Per i medici di assistenza primaria, l'assicurazione vale per i rischi professionali ed extraprofessionali.

Per i medici di continuità assistenziale ed emergenza sanitaria territoriale, l'assicurazione vale esclusivamente per i rischi extraprofessionali.

La garanzia opera a condizione che sia stata raggiunta la Soglia nell'erogazione diretta delle prestazioni da parte dell'ENPAM e ne sia stata data comunicazione alla Società.

Sono considerati infortuni e 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 polizza di 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. B2. Ernie e sforzi.

Sono considerati infortuni le ernie a causa violenta nonché le lesioni muscolari a sforzi, con l'intesa che, qualora l'ernia, anche se bilaterale, non risulti operabile, venga corrisposta un'indennità a titolo di invalidità permanente, non superiore al 20% della relativa somma assicurata.



Art. B3. 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. B4. 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 la somma 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.

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 1.200.000,00 per il caso di invalidità totale;
- Euro 1.200.000,00 per il caso di morte;

e per persona di :

- Euro 7.500.000,00 per il caso di invalidità permanente totale;
- Euro 7.500.000,00 per il caso morte;

complessivamente per aeromobili, nel caso di assicurazioni 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 rischio 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. B5. Movimenti tellurici – eruzioni vulcaniche – inondazioni.

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

Art. B6. Stato di guerra e di insurrezione.

A parziale deroga di quanto previsto dal successivo art. B10 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. B7. 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 la garanzia infortuni e con un massimo di euro 300.000,00 per Morte ed euro 300.000,00 per Invalidità Permanente. La somma assicurata per invalidità permanente è soggetta ad una franchigia relativa al 20%. Pertanto non si farà luogo ad indennizzo per invalidità permanente quando questa supera il 20% della totale verrà corrisposto l'indennizzo in rapporto al grado di invalidità permanente residuo.

Art. B8. Persone non assicurabili.

L'assicurazione vale per le persone assicurate fino a 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 al 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 professionale in regime di convenzione, secondo quanto disposto dagli articoli previsti nel vigente A.C.N.

Art. B9. 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 10.000.000,00 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. B10. Esclusioni

Sono esclusi dall'assicurazione per le categorie dell'Assistenza Primaria, Continuità Assistenziale ed Emergenza Sanitaria Territoriale:

- gli infortuni avvenuti in occasione di guerra ed insurrezione (salvo quanto previsto dal precedente art.B6);
- 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;
- 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;
- gli infortuni derivanti da delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;
- le conseguenze di operazioni chirurgiche o di trattamenti non resi necessari da infortunio;
- le conseguenze dirette o indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo, come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;
- le conseguenze dirette o indirette di contaminazioni chimiche o biologiche a seguito di atti di terrorismo.

Esclusivamente per i medici convenzionati di Continuità Assistenziale ed Emergenza Sanitaria Territoriale si intendono esclusi gli infortuni professionali nei casi previsti dall'art. 73 e dall'art. 99 dell'Acn.

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" in qualità di Medico di Assistenza Primaria, nel caso in cui il Medico di Continuità Assistenziale esplicasse il doppio incarico.

Art. B11. Invalidità Permanente da infortunio.

Somma assicurata: 150.000,00 euro

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 di cui all'allegato 1 del D.P.R. 30 giugno 1965 n. 1124, come in vigore al 24 luglio 2000, 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 funzionale di 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 professionale.

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 di invalidità preesistente.

In caso di constatato mancinismo, le percentuali di 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 l'indennizzo sia stato liquidato o comunque offerto in misura determinata, la Società paga ai beneficiari l'importo liquidato o offerto.

Art. B12. Franchigia assoluta per invalidità permanente da infortunio.

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



- a) per le invalidità permanenti di grado inferiore o pari al 10% della totale non si fa luogo ad indennizzo;
- b) per le invalidità permanenti di grado superiore al 10% della totale ma inferiore al 50%, si liquida l'indennizzo solo per la parte eccedente il 10%;
- c) 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	50,00
51,00	53,00
52,00	56,00
53,00	59,00
54,00	62,00
55,00	65,00
56,00	68,00
57,00	71,00
58,00	74,00
59,00	77,00
60,00	80,00
61,00	83,00
62,00	86,00
63,00	89,00
64,00	92,00
65,00	95,00
66,00	98,00
67,00	100,00

Tuttavia se l'infortunio ha per conseguenza una invalidità permanente pari o superiore al 60% dalla quale ne consegue la perdita dei requisiti ad esercitare l'attività di medico convenzionato, verrà liquidato un importo pari al 100% della somma assicurata.

Art. B13. Morte.

Somma assicurata: 100.000,00 euro

Se l'infortunio ha 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 corrisponderà ai beneficiari la differenza tra l'indennizzo pagato e quello assicurato per il caso di morte, ove questa sia superiore e non chiede il rimborso in caso contrario.

Art. B14. 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 siano 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. B15. 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. B17 (Criteri di indennizzabilità).
- b) **Esonero denuncia altre assicurazioni:** A parziale deroga di quanto previsto dalle condizioni generali di assicurazione, il Contraente è esonerato 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. B8 delle presenti condizioni generali di assicurazione. Per l'identificazione delle medesime si fa riferimento alla vigenza dell'attribuzione dell'incarico di convenzionamento con il Servizio Sanitario Nazionale secondo quanto disposto dall'A.C.N. 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.

Art. B16. 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 15 giorni dall'infortunio o dal momento in cui l'Assicurato o i suoi aventi diritto ne abbiano avuto l'evidenza o la possibilità. La denuncia deve essere inviata a mezzo raccomandata o via pec all'ufficio preposto alla gestione sinistri di Enpam Sicura Srl.

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, devono acconsentire alla visita di medici della Società ed a qualsiasi indagine, o accertamento o richiesta di ulteriore documentazione che questa ritenga necessaria, sciogliendo dal segreto professionale i medici che hanno visitato e curato l'Assicurato stesso.

Se non viene adempiuto intenzionalmente l'obbligo della denuncia e gli 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. B17. 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.

Art. B18. Liquidazione e Penali

Liquidazione.

Ricevuta la necessaria e completa documentazione e compiuta la visita definitiva, che deve essere effettuata tra il 180° e il 240° giorno dalla conclusione dell'evento patologico, la Società formula la proposta per l'indennizzo che risulta dovuto o respinge la richiesta e ne dà comunicazione ad Enpam Sicura entro 60 giorni lavorativi, dall'effettuazione della visita definitiva da parte del fiduciario della Società.

La Società provvede al pagamento entro 15 giorni lavorativi dalla ricezione della proposta controfirmata per accettazione da parte dell'avente diritto, per il tramite di Enpam Sicura.

La Società dovrà, contestualmente alla predisposizione del bonifico, comunicare la data di effettuazione dello stesso ad Enpam Sicura.

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 tremila, oltre all'indennizzo dovuto.

Art. B19. 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 50.000,00 , nel caso d'invalidità permanente (art. B11), quando l'accertamento definitivo sia rinviato ad oltre due anni dal giorno dell'infortunio.

C. INVALIDITA' PERMANENTE DA MALATTIA

Art. C1. Oggetto dell'assicurazione.

Somma assicurata: 125.000,00 euro

La garanzia riguarda la malattia che ha come conseguenza un'invalidità permanente.

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

- a) *stati invalidanti, preesistenti alla stipulazione del contratto;*
- b) *situazioni patologiche manifestatesi - cioè diagnosticate e/o curate antecedentemente la data di stipulazione del presente contratto;*
- c) *malattie mentali;*
- d) *abuso di alcoolici od uso, a scopo non terapeutico, di psicofarmaci e di stupefacenti;*
- e) *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;*
- f) *sieropositività HIV e sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS).*

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 con il Servizio Sanitario Nazionale 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 con il Servizio Sanitario Nazionale sempreché l'IPM accertata sia non inferiore al 50%.

La garanzia opera a condizione che sia stata raggiunta la Soglia nell'erogazione diretta delle prestazioni da parte dell'ENPAM e ne sia stata data comunicazione alla Società.



Art. C2. Denuncia della malattia o della invalidità. Obblighi dell'Assicurato.

La denuncia della malattia che possa comportare – secondo parere medico – invalidità permanente, deve essere presentata ad Enpam Sicura Srl entro 30 giorni dalla sua diagnosi oppure al momento in cui l'Assicurato o suoi aventi diritto ne abbiano avuto l'evidenza o la possibilità. La denuncia deve essere inviata a mezzo raccomandata o via pec all'ufficio preposto alla gestione sinistri di Enpam Sicura Srl.

L'Assicurato deve inviare all'ufficio preposto alla gestione sinistri di Enpam Sicura Srl, certificati medici, copia delle cartelle cliniche ed ogni altro documento che attesti il decorso e le conseguenze della malattia. Trascorsi 180 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 o aventi diritto, nonché i medici che hanno visitato e curato l'assicurato stesso, anche in deroga al segreto professionale, devono consentire la visita di medici incaricati da Enpam Sicura Srl nonché qualsiasi indagine, accertamento o richiesta di ulteriore documentazione che essa ritenga necessari.

Art. C3. 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. C4. 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 Assistenza Primaria e di Continuità Assistenziale, nel caso in cui lo stesso esplicasse il doppio incarico.

Art C5 – Invalidità permanente

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.

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 60% dalla quale ne consegue la perdita dei requisiti ad esercitare l'attività di Medico Convenzionato con il Servizio Sanitario Nazionale, verrà liquidato un importo pari al 100% della somma assicurata.

Art. C6. Liquidazione, Penali

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 ad Enpam Sicura entro 60 giorni lavorativi, dall'effettuazione della visita definitiva da parte del fiduciario della Società.

Avuta notizia dell'accettazione della proposta, provvede al pagamento entro 15 giorni lavorativi dalla ricezione della proposta controfirmata per accettazione da parte dell'assicurato per il tramite di Enpam Sicura.

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.

D. CONDIZIONI AGGIUNTIVE (comuni alle sez. A, B e C)

Art. D1. Mediazione

In caso di mancata risoluzione delle questioni sottoposte alla Commissione di Valutazione, ogni controversia nascente o comunque collegata alla presente polizza, comprese quelle relative alla sua interpretazione, validità, efficacia, esecuzione e risoluzione, dovrà essere oggetto di un tentativo di mediazione ai sensi del D.Lgs n. 28/2010 e successive modifiche, ovvero di negoziazione assistita ai sensi del D.L. 132/2014 e successive modifiche.

Le parti si impegnano a ricorrere alla mediazione, ovvero alla negoziazione assistita, prima di iniziare qualsiasi procedimento giudiziale o arbitrale.

Art. D2. La gestione dei sinistri

La gestione dei sinistri afferenti il presente capitolato, nonché ogni altra attività presupposta, correlata o comunque dipendente da essa, resta riservata all'Enpam, che la esercita per il tramite della società partecipata Enpam Sicura Srl con le modalità, organizzative e le tecnologie, anche informatiche, che la stessa riterrà discrezionalmente di adottare a proprio insindacabile giudizio. La Compagnia, pertanto, accetta ciò espressamente e si obbliga ad adottare moduli organizzativi e gestionali compatibili con quelli prescelti da Enpam Sicura Srl, secondo le indicazioni di cui all'Allegato A.

Art. D3. Trattamento dei dati

Ai sensi e per gli effetti del D.Lgs 196/03, il titolare del trattamento dei dati personali raccolti per la gestione dei sinistri è la Fondazione Enpam, che si impegna al rispetto della riservatezza e dell'integrità dei dati stessi e ad utilizzarli esclusivamente per i fini descritti dal presente contratto, incaricando, altresì, Enpam Sicura srl quale responsabile al trattamento dei suddetti dati.



Art D4 Obbligo di fornire i dati dell'andamento del rischio

Con periodicità bimestrale, la Società si impegna a fornire ad ENPAM e ad Enpam Sicura srl i seguenti dati:

- a) gli importi liquidati;
- b) le date di liquidazione;
- c) gli importi posti a riserva

E. DISPOSIZIONI VARIE (comuni alle sez. A, B e C)

Art. E1. Forma delle comunicazioni.

Tutte le comunicazioni alle quali è tenuto il Contraente nel corso del contratto devono essere fatte con lettera raccomandata o via pec.

Art. E2. 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. E3. Decorrenza

Il servizio avrà durata dalla stipula del contratto con scadenza alle ore 24,00 del 31 Dicembre 2016. Le denunce di sinistro potranno essere inoltrate alla Società entro due anni dalla scadenza contrattuale (art 2952 C.C.).

Art. E4. 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. E5. Oneri

Tutti gli oneri, presenti e futuri, relativi al premio, alla polizza ed agli atti conseguenti da essa dipendenti, sono a carico dell'Assicurato.

Art. E6. Rinvio alle norme di legge

Per tutto quanto non è qui diversamente regolato, valgono le norme di legge.



ALLEGATO A)

Le procedure di gestione dei sinistri

- La Fondazione Enpam ha deciso di affidare la gestione dei sinistri afferenti l'erogazione delle prestazioni di inabilità temporanea per i primi trenta giorni di malattia e per le eventuali conseguenze economiche di lungo periodo ad Enpam Sicura S.r.l., società controllata da ENPAM, la quale svolge attività di consulenza, anche di natura tecnica, circa la misura, le modalità, la decorrenza e la durata di tale erogazione, oltre alle attività di accertamento, valutazione e liquidazione.
- Anche la gestione dei sinistri afferenti il presente capitolato, eccedenti la soglia individuata all'art. 2 del capitolato tecnico, nonché ogni altra attività presupposta, correlata o comunque dipendente da essa, è stata affidata da ENPAM ad Enpam Sicura, che la esercita con le modalità organizzative e le tecnologie, anche informatiche, che la stessa ritiene discrezionalmente di adottare.
- La Compagnia aggiudicataria si obbliga, pertanto, ad adottare moduli organizzativi e gestionali compatibili con quelli prescelti da Enpam Sicura Srl, secondo le modalità di seguito descritte.

La denuncia di sinistro

In relazione all'insorgenza degli eventi di malattia, infortunio, invalidità permanente da malattia o invalidità permanente da infortunio, il medico potrà aprire il proprio sinistro attraverso le seguenti modalità operative: *e-mail* ordinaria, pec, raccomandata, fax o effettuando l'accesso tramite la propria area riservata.

Attraverso suddetta area riservata il medico potrà effettuare la propria richiesta di rimborso o di indennizzo ed essere costantemente informato sullo stato del sinistro.

La fase istruttoria e l'assegnazione del numero di sinistro

Tutta la documentazione inviata dai medici verrà archiviata attraverso apposito strumento di protocollazione in digitale e poi gestita dagli operatori incaricati di monitorare i diversi canali di ricezione dei documenti, i quali dovranno verificare la completezza della documentazione in base ai requisiti per l'apertura dei sinistri ed eventualmente richiederne l'integrazione.

Gli operatori, raccolta la documentazione e verificata che la stessa sia completa e conforme ai requisiti richiesti, inseriscono i dati nel *software* operativo, il quale genera un numero di sinistro.

La fase della liquidazione: l'informativa sui flussi liquidativi

Una volta completato l'*iter* di istruttoria della pratica è possibile procedere alla liquidazione in capo all'avente diritto.

Enpam Sicura, al fine di dare costante e trasparente informativa alla Compagnia, conferisce ad essa facoltà di prendere visione dei flussi liquidativi e di visionare ciascuna richiesta di sinistro e la documentazione inoltrata per l'apertura del sinistro.

Il raggiungimento della soglia

Enpam Sicura comunicherà alla Compagnia, tramite pec o lettera raccomandata, l'avvenuto raggiungimento della Soglia nell'erogazione diretta delle prestazioni ai medici, con conseguente efficacia ed operatività del presente Accordo.



La gestione dei sinistri eccedenti la soglia

Enpam Sicura si occuperà dell'intera istruttoria del sinistro, anche per i sinistri di competenza della Compagnia aggiudicataria della gara, intratterrà i rapporti con i medici, effettuerà la raccolta del corredo documentale, calolerà gli importi dovuti ed invierà tutta la documentazione, così formata, alla Compagnia, la quale verificherà la congruità dei documenti e procederà alla liquidazione non oltre venti giorni dalla ricezione della documentazione. La Compagnia si impegna a comunicare entro e non oltre quindici giorni dalla ricezione della documentazione eventuali contestazioni.

A partire poi dal superamento della soglia menzionata, la Compagnia dovrà inserire nel sistema gestionale con periodicità bimestrale l'importo liquidato, quello posto a riserva e le motivazioni dell'eventuale diniego di liquidazione.

Il vincolo di riservatezza

Sia per quel che concerne i sinistri sotto soglia, sia per quelli di propria competenza, la Compagnia si impegna a trattare tutti i dati comunicati da Enpam Sicura con riservatezza e si obbliga ad utilizzare le informazioni così ottenute esclusivamente al fine dell'adempimento degli obblighi e dell'esercizio dei diritti derivanti dal contratto.

La Compagnia accetta espressamente tali condizioni e si obbliga ad adottare moduli organizzativi e gestionali compatibili con quelli prescelti da Enpam Sicura Srl.

