

POLIZZA a copertura del pregiudizio economico delle spese di sostituzione per i primi 30 giorni di MALATTIA / INFORTUNI per i medici pediatri di libera scelta.

CONTRAENTE: F.I.M.P. FEDERAZIONE ITALIANA MEDICI PEDIATRI

DATA EFFETTO: ore 24.00 del 31.12.2020

DATA SCADENZA: ore 24.00 del 31.12.2021

TACITA PROROGA: prevista.

Premessa:

1. L'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di pediatria di libera scelta del 29.07.09 stabilisce che il medico specialista, pediatra di libera scelta, in caso di impossibilità di prestare la propria opera, ha l'obbligo di farsi sostituire fin dall'inizio. Nel caso specifico di sostituzione per malattia o infortunio, il costo del sostituto per i primi trenta giorni è a carico del medico sostituito.
2. Per far fronte a tale pregiudizio economico è stipulata la presente polizza.
3. Resta inteso che diritti e obblighi che derivano dalla presente convenzione restano in capo al solo medico assicurato aderente. Nulla è dovuto dal sindacato FIMP o dai suoi legali rappresentanti.

DEFINIZIONI

1. Assicurato: il medico pediatra di libera scelta il cui interesse è protetto dall'assicurazione.
2. Società: la Compagnia di assicurazioni.
3. Indennizzo: la somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.
4. Malattia: ogni alterazione dello stato di salute dovuta anche a infortunio che causi l'impossibilità di prestare la propria opera.
5. Polizza: il documento che prova l'assicurazione.
6. Premio: quanto dovuto dal singolo Contraente/Assicurato.
7. Ricovero: la degenza che comporta il pernottamento in Istituto di cura pubblico o privato, *day hospital, day surgery*.
8. Parti: la Società e il pediatra di libera scelta, iscritto alla FIMP.

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Art. 1. - **Oggetto dell'assicurazione.** La Società corrisponde all'Assicurato che a causa di malattia o infortunio si trova nell'impossibilità di prestare la propria opera e abbia comunicato tale impossibilità alla competente ULSS e quindi sia stato sostituito da altro medico, il rimborso dell'effettiva spesa sostenuta dall'Assicurato stesso -nei limiti riportati all'art. 2- a presentazione di copia della fattura quietanzata per avvenuto pagamento, rilasciatagli dal collega sostituto -come da art. 4.

Art. 2. - **Limiti delle prestazioni.** Il rimborso di cui all'art. 1 sarà corrisposto con un importo massimo calcolato secondo le tariffe per il medico sostituto specialista stabilite dagli accordi per la pediatria di libera scelta a livello regionale o, in mancanza di questi, a livello nazionale.

Il suddetto rimborso sarà calcolato:

- a) con decorrenza **dal terzo giorno** di sostituzione (giorni 2 di franchigia) e fino al trentesimo giorno compreso, per ogni evento di malattia o infortunio che non comporti ricovero in Istituto di Cura, attivabile **per 3 cicli all'anno**. Tra un ciclo e l'altro, per la stessa malattia o infortunio, devono decorrere almeno 30 giorni,
- b) con decorrenza **dal primo giorno** di sostituzione e fino al trentesimo giorno compreso, in caso di malattia o infortunio che comporti cure prestate in *day hospital*, *day surgery* o ricovero in Istituto di Cura attivabile **per 3 cicli all'anno**. Tra un ciclo e l'altro, per la stessa malattia o infortunio, devono decorrere almeno 30 giorni,
- c) con decorrenza **dal primo giorno** di sostituzione e fino al trentesimo giorno compreso, solo nei casi di seguito riportati e indipendentemente dal momento dell'insorgere della malattia, la garanzia è attivabile **per 6 cicli all'anno**.

I codici sono quelli riportati nella CLASSIFICAZIONE INTERNAZIONALE ICD-9-CM.

- 021 insufficienza cardiaca,
- 023 insufficienza renale cronica,
- 048 soggetti affetti da patologie neoplastiche.

Tra un ciclo e l'altro, per la stessa patologia, devono decorrere almeno 30 giorni.

L'indennità non viene corrisposta nei casi in cui l'impossibilità dell'Assicurato a prestare la propria opera sia dovuta a:

- maternità, nei due mesi antecedenti la data presunta del parto e nei tre mesi successivi la data effettiva del parto (ai sensi della legge 379 dell'11.12.1990 e successive modificazioni e/o integrazioni),
- aborto spontaneo o terapeutico verificatosi nel periodo compreso tra l'inizio del terzo mese e il termine del sesto mese (ai sensi della legge 379 dell'11.12.1990 e successive modificazioni e/o integrazioni),
- interventi di medicina e chirurgia estetica, se non dovuti a incidenti o interventi chirurgici demolitivi,
- ricovero in *day surgery* per cure odontoiatriche (se non dovute a infortunio),
- malattie psicologiche e neuropsichiatriche (se non in caso di ricovero e conseguente convalescenza o per depressione *post partum*),
- malattie e infortuni occorsi all'estero e che non comportano ricovero,
- conseguenze di proprie azioni delittuose,
- i giorni festivi, comprese le domeniche.

L'indennità viene corrisposta al 50% il sabato, se dovuta.

Art. 3. – **Denuncia di sinistro.** L'Assicurato deve comunicare all'Agenzia Zurich di Rovigo, Viale Tre Martiri, 45/1 – 45100 Rovigo, entro 3 giorni lavorativi dall'inizio della malattia o infortunio o, in caso di ricovero, entro 3 giorni lavorativi dalla data delle dimissioni o entro il 30° giorno in caso di ricovero prolungato che comporti l'attivazione della garanzia, i dati seguenti:

1. la data d'inizio della sostituzione,
2. il nome del medico o dei medici sostituto/i,
3. numero di telefono e luogo di reperibilità dell'Assicurato (in Italia) durante la malattia o infortunio, per controllo fiscale nelle seguenti fasce orarie: 10.00-12.00 e 17.00-19.00 per tutti i giorni compresi nella certificazione di malattia o infortunio, allegando:

- A. certificato medico con diagnosi/prognosi di malattia/infortunio,
- B. copia dichiarazione di sostituzione per malattia/infortunio inviata all'ULSS.

La documentazione dovrà pervenire in Agenzia tramite una delle seguenti modalità:

- email a RO004@AGENZIAZURICH.COM o monica.garbato@equilibrisrl.com
- oppure via fax n. 0425 24083
- oppure via posta (fa fede il timbro postale).

Art. 4. – **Documentazione e termini di liquidazione.** L'Assicurato dovrà consegnare all'Agenzia Zurich Rovigo entro 30 giorni dal termine della malattia o infortunio i dati seguenti:

1. fotocopia della/e fattura/e rilasciata/e dal medico/i sostituto/i comprovante/i l'avvenuto pagamento,
2. il periodo durante il quale il servizio è stato effettuato,
3. numero assistiti in carico. La fascia 0/6 anni viene calcolata forfettariamente al 50% degli assistiti totali,
4. certificato/i medico/i attestante/i patologia e prognosi e, in caso di ricovero, dichiarazione dell'Istituto di ricovero con data di inizio e fine ricovero,
5. IBAN dell'Assicurato su cui fare l'ordine di pagamento dell'indennizzo.

Ricevuta la documentazione esatta e completa, l'Ufficio Liquidazione Danni provvederà a inoltrare la comunicazione all'Assicurato inerente l'ordine di pagamento dovuto.

Art. 5. – **Premio.** Il premio di assicurazione è pari allo 0,44 per cento dei compensi definiti dall'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di pediatria di libera scelta del 29.07.09 all'art. 58 lettera A commi 1 e 9 con integrazione ACN 2010 GU n°176 del 30.07.2010, calcolato per classi numeriche di assistiti come desunto dal frontespizio dell'ultimo statino di pagamento (liquidazione delle competenze del mese di ottobre pagate a fine novembre).

La polizza e il relativo premio devono intendersi fino alla scadenza naturale. Nei soli casi di nuovo convenzionamento o nuova iscrizione al Sindacato, il pediatra dovrà pagare un premio relativo al periodo residuo alla scadenza di polizza. Le adesioni devono essere effettuate **entro e non oltre il 28.02.2021.**

La tabella sottostante specifica l'importo da versare rispetto al numero di assistiti in carico.

Numero assistiti	Importo in euro
fino a 650	278,78
da 651 a 750	321,67
da 751 a 850	364,56
da 851 a 950	407,45
da 951 a 1.050	450,34
da 1.051 a 1.150	493,23
da 1.151 a 1.250	536,11
da 1.251 a 1.350	579,01
oltre 1.351	621,90

Art. 6. - **Decorrenza delle prestazioni.** Tutte le garanzie di polizza decorrono dalle ore 24.00 del giorno del pagamento.

Art. 7. - **Esclusioni infortuni extra professionali.** Sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni conseguenti:

1. alla pratica di sport aerei in genere (compresi deltaplani e ultraleggeri) e dalle partecipazioni a corse o gare motoristiche / motonautiche e alle relative prove e allenamenti,
2. alla partecipazione ad allenamenti, corse, gare e relative prove quando l'Assicurato svolga tale attività a livello professionistico o a carattere internazionale o comunque in modo tale da essere prevalente per impegno temporale a qualsiasi altra occupazione,
3. alla guida di veicoli e natanti a motore per i quali l'Assicurato non è regolarmente abilitato a norma delle disposizioni in vigore,
4. a viaggi aerei effettuati in qualità di pilota o altro membro dell'equipaggio,
5. all'esercizio delle seguenti discipline sportive anche se svolte a carattere ricreativo: alpinismo in solitario con scalata di rocce o ghiacciai con difficoltà superiore al 3° grado U.I.A.A. (Unione Internazionale Associazioni Alpinistiche), pugilato, lotta e arti marziali, *football* americano, *freeclimbing*, discesa di rapide, atletica pesante, salti dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico e sci estremo, *bobsleigh* (guidoslitta), discesa con *skeleton* *bob* o slittino da gara, *rugby*, *hockey*, immersione con autorespiratore, speleologia, paracadutismo, parapendio e *bungee jumping*,

6. a stato di ubriachezza,
7. all'uso non terapeutico di stupefacenti, allucinogeni e simili.

Art. 8 . – **Controversie – arbitrato irrituale.** Per la soluzione di eventuali controversie di natura medica, le Parti si obbligano a conferire mandato per iscritto a un Collegio di tre medici, nominati uno per Parte e il terzo di comune accordo o, in caso contrario, dal Collegio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo ove deve riunirsi il Collegio dei Medici. Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese, remunera il medico designato e metà delle spese e competenze per il terzo medico.

Le decisioni del Collegio sono vincolanti per le Parti.

Art. 9. – **Oneri fiscali.** Gli oneri fiscali relativi all'assicurazione sono a carico del Contraente.

Art. 10. – **Rinvio alle norme di legge.** L'assicurazione è regolata dalla legge italiana. Per tutto quanto non è regolato dal presente contratto valgono le norme di legge.

PRECISAZIONE

Condizioni generali di Assicurazione - Zurich Tutti Protetti Aziende modello P.2517.SET INFORMATIVO - ed. 01.2019.
Il capitolo Garanzie aggiuntive (sempre operanti) a pagina 5 di 16 del Fascicolo Informativo Zurich Tutti Protetti deve intendersi abrogato.
