

# *Manuale Operativo*

**Polizza**  
**Primi 30 giorni di MALATTIA**  
**Invalidità Permanente e caso Morte da INFORTUNIO**  
**Invalidità Permanente da Malattia**

**In favore dei Medici di assistenza Primaria e di Continuità Assistenziale e dei Medici di Emergenza Sanitaria Territoriale**

Attenzione : Il presente manuale costituisce una guida pratica per la denuncia dei sinistri e non integra, sostituisce o completa il contenuto del Fascicolo Informativo della polizza assicurativa dove sono contenute tutte le informazioni. Gli schemi contenuti in questo manuale non costituiscono quindi in alcun modo elemento vincolante ai fini della garanzia per la quale fa testo unicamente la polizza 002106.30.300039 Contraente ENPAM – Compagnia Società Cattolica di Assicurazione Soc. Coop

## DEFINIZIONI COMUNI A TUTTI I SETTORI

### ASSICURATO

**a)** il medico di Assistenza Primaria identificato tramite il Contraente il cui rapporto di lavoro autonomo, continuativo e coordinato - regolato dall'A.C.N. e ss.mm.ii.

**b)** il medico di Continuità Assistenziale (C.A.) ed Emergenza Sanitaria (E.S.) identificato tramite il Contraente il cui rapporto di lavoro autonomo, continuativo e coordinato — regolato dall'A.C.N. e ss.mm.ii

**ASSICURAZIONE** : il contratto di assicurazione.

**A.C.N.:** Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale ai sensi dell'art. 8 del D.lgs. n. 502/92 e successive modificazioni ed integrazioni.

**Contraente** : ENPAM - Ente Nazionale Previdenza Assistenza Medici ed Odontoiatri.

**Carenza:** Periodo durante il quale le garanzie del contratto di assicurazione non sono efficaci. Qualora l'evento assicurato avvenga in tale periodo la Società non corrisponde la prestazione assicurata

**Difetto fisico:** Deviazione dal normale assetto morfologico di un organismo o di parti di suoi organi per condizioni morbose congenite.

**Istituto di cura:** Ogni ospedale, clinica o casa di cura e/o di convalescenza (convenzionata e/o accreditata e/o privata), istituto universitario, in Italia o all'estero, regolarmente autorizzati, in base ai requisiti di legge e dalle competenti Autorità, al ricovero ed eventualmente anche all'assistenza sanitaria in regime di degenza diurna. Sono comunque esclusi gli stabilimenti termali.

**Le Parti** : La Contrente e la Società

**Organizzazioni Sindacali OO.SS.:** L'insieme dei Sindacati firmatari dell'A.C.N. per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale ai sensi dell'art. 8 del D.lgs. n. 502/92 e successive modificazioni ed integrazioni (anche attraverso apposito Accordo con l'Enpam).

**Polizza** : Il documento che prova l'assicurazione.

**Premio Per il Settore Medico di Assistenza Primaria:** la Somma dovuta dalla Contraente e versata per il tramite della Contraente e dovuto alla Società, secondo le modalità previste dall'A.C.N., art. 60, comma 4 ss.mm.ii

**Premio Per il Settore Medico di Continuità Assistenziale e di Emergenza Sanitaria Territoriale:** la Somma dovuta dalla Contraente e versata per il tramite della Contraente alla Società, secondo le modalità previste dall'A.C.N., all'art. 72 comma 4 (per la C.A.) e all'art. 99 comma 2 (per la E.S.) ss.mm.ii

**Ricovero** : La degenza, comportante pernottamento in Istituto di Cura (pubblico o privato) regolarmente autorizzato all'erogazione di assistenza ospedaliera.

**Rischio:** La probabilità del verificarsi del sinistro.

**Sinistro:** Il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata l'assicurazione.

**Società** : Società Cattolica di Assicurazione Soc. Coop., autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa, definita alternativamente anche Compagnia o Impresa di Assicurazione, con la quale la Contraente stipula il contratto di assicurazione a seguito della gara di appalto indetta.

## PRIMARIA



### Denuncia di sinistro

L'Assicurato deve comunicare ai seguenti recapiti:

PEC: 30ggmalattia.cattolica@legalmail.it

PEC : 30gginfortuni.cattolica@legalmail.it

FAX : 06.4814905

Raccomandata : Società Cattolica di Assicurazione

Agenzia Roma Grandi Rischi

Piazza Sallustio 9 – 00187 Roma

- l'inizio della malattia e/o malattia in gravidanza e/o infortunio che comporti l'impossibilità di prestare la propria opera e la sostituzione con altro medico,

**entro dieci giorni** dall'inizio della malattia stessa, ovvero dalla dimissione dall'Istituto di Cura, ovvero da quando comunque ne abbia avuto la possibilità (con la prova dell'impossibilità).

indicare: 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.

In caso di grave traumatismo, certificato — corredato di referto radiologico - rilasciato da Istituto di Cura (pronto soccorso, ecc.) o dal medico che ha prestato il primo soccorso con diagnosi e prognosi e che attesti l'avvenuta immobilizzazione.

### DOCUMENTAZIONE CHE L'ASSICURATO DEVE ESIBIRE

1. certificato medico — con diagnosi e prognosi - o dichiarazione di ricovero in Istituto di Cura, in Day Surgery o in Day Hospital, con date di ingresso e di dimissione (con diritto da parte della Società di richiesta della copia completa della cartella clinica);
2. dichiarazione rilasciata dalla A.S.L., al termine della malattia o passati i primi trenta giorni dall'inizio della stessa, che attesti il periodo dell'avvenuta sostituzione per malattia con altro/i sanitario/i;
3. certificazione medica e dichiarazione rilasciata dalla A.S.L., che attesti l'avvenuta sostituzione per un periodo continuativo di almeno 30 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. fattura in originale, ricevuta fiscalmente valida o qualsiasi altro documento fiscalmente valido atto a dimostrare l'avvenuto pagamento della prestazione e rilasciata dal medico sostituto, quietanzata per avvenuto pagamento, che riporti la descrizione del servizio reso (sostituzione) e del periodo durante il quale il servizio stesso è stato effettuato;
6. certificato di avvenuta guarigione con relativa data di ripresa lavoro o di continuazione oltre il trentesimo giorno, con o senza eventuali postumi;
7. autocertificazione attestante che svolga/non svolga altri incarichi in convenzione (art. 17 comma 4 A.C.N.), con diritto da parte della Società di richiesta di certificazione rilasciata dalla A.S.L.
8. Codice IBAN

## Sezione PRIMI 30 GIORNI DI MALATTIA- INFORTUNIO in favore di MEDICI DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE E DI EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE

### Denuncia di sinistro

L'Assicurato deve comunicare ai seguenti recapiti:

PEC: 30ggmalattia.cattolica@legalmail.it

PEC: 30gginfortuni.cattolica@legalmail.it

FAX : 06.4814905

Raccomandata: Società Cattolica di Assicurazione

Agenzia Roma Grandi Rischi

Piazza Sallustio 9 – 00187 Roma

- l'inizio della malattia e/o malattia in gravidanza e/o infortunio extraprofessionale compreso il rischio «in itinere» che comporti l'impossibilità di prestare la propria opera e la sostituzione con altro medico,

entro dieci giorni dall'inizio della malattia stessa, ovvero dalla dimissione dall'Istituto di Cura, ovvero da quando comunque ne abbia avuto la possibilità (con la prova dell'impossibilità).

indicare: 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 compreso il rischio «in itinere», attestante l'inabilità temporanea e assoluta allo svolgimento dell'attività professionale.

In caso di grave traumatismo, certificato — corredato di referto radiologico - rilasciato da Istituto di Cura (pronto soccorso, ecc.) o dal medico che ha prestato il primo soccorso con diagnosi e prognosi e che attesti l'avvenuta immobilizzazione.

### DOCUMENTAZIONE CHE L'ASSICURATO DEVE ESIBIRE

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 in Istituto di Cura, in Day Surgery o in Day Hospital, 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 o passati i primi 30 (trenta) 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 assicurativo dello 0,72% 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 al lavoro, per assenze inferiori a 30 (trenta) giorni , o di continuazione oltre il trentesimo giorno, con o senza eventuali postumi;
7. Autocertificazione attestante che siano trascorsi almeno 15 (quindici) giorni dalla ripresa dell'attività e che svolga / non svolga altri incarichi in convenzione ( art. 17 comma4 A.C.N.) – con diritto da parte della Società di richiesta di certificazione rilasciata dalla A.S.L.
8. Codice IBAN

# GARANZIA INVALIDITA' PERMANENTE DA INFORTUNIO

## Denuncia di sinistro

L'Assicurato deve inviare la denuncia di Infortunio entro 30 giorni dall'infortunio o dal momento in cui l'Assicurato od i suoi aventi diritto ne abbiano avuto la possibilità

-PEC: 30gginfortuni.cattolica@legalmail.it

- FAX : 06.4814905

- Raccomandata: Società Cattolica di Assicurazione

Agenzia Roma Grandi Rischi

Piazza Sallustio 9 – 00187 Roma

## LA DENUNCIA DI INFORTUNIO DEVE CONTENERE

- 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.

- Successivamente l'Assicurato deve inviare, sino a guarigione avvenuta, certificati medici sul decorso delle lesioni.

L'Assicurato, i suoi familiari od aventi diritto, devono acconsentire alla visita di medici della Società ed a qualsiasi indagine od accertamento o richiesta di ulteriore documentazione che questa ritenga necessari, qualora risulti certa un'inabilità permanente di grado superiore al 7%, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che hanno visitato e curato l'Assicurato stesso.

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.

# GARANZIA INVALIDITA' PERMANENTE DA MALATTIA

## Denuncia di sinistro

L'Assicurato deve inviare la denuncia di malattia che possa comportare – secondo parere medico – invalidità permanente, **entro 30 giorni** dalla sua diagnosi oppure dal momento in cui l'Assicurato ne abbia avuto la possibilità.

-PEC:30ggmalattia.cattolica@legalmail.it

- FAX : 06.4814905

- Raccomandata : Società Cattolica di Assicurazione

Agenzia Roma Grandi Rischi

Piazza Sallustio 9 – 00187 Roma

## DOCUMENTAZIONE CHE L'ASSICURATO DEVE INVIARE

L'Assicurato deve inviare alla Società :

- certificati medici,
- copia delle cartelle cliniche,
- ed ogni altro documento che attesti il decorso e le conseguenze della malattia.

**Trascorsi 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.

L'Assicurato, i suoi familiari od aventi diritto, devono acconsentire alla visita di medici della Società ed a qualsiasi indagine od accertamento o richiesta di ulteriore documentazione che questa ritenga necessari, qualora risulti un'invalidità superiore al 24%, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che hanno visitato e curato l'Assicurato.

# Call center Sinistri

**800 50 48 50**

(Numero **provvisorio**, quello definitivo verrà comunicato nei prossimi giorni su questa pagina: [www.enpam.it/mmg-primi-30-giorni](http://www.enpam.it/mmg-primi-30-giorni))

È un numero verde gratuito dall'Italia e dall'Estero

Dal Lunedì al Venerdì

Dalle ore 09:00 alle ore 13:00 e dalle ore 14:00 alle 17:30

(esclusi festivi e prefestivi)

Pagina WEB dedicata  
raggiungibile dal link

[www.polizza30giornimedici.it](http://www.polizza30giornimedici.it)  
(il link sarà attivo nei prossimi giorni)