

COPERTURA DIARIA DA INABILITA' TEMPORANEA DA MALATTIA E/O DA INFORTUNIO

DEFINIZIONI

Associato/Assicurato: Il medico di base ed il medico pediatra di libera scelta protetto attraverso la presente garanzia assicurativa.

Assicurazione: Il contratto mediante il quale la Società, dietro pagamento da parte della Contraente del premio pattuito, si obbliga a mantenere indenne l'Associato/Assicurato incluso in polizza, entro i limiti convenuti, dalle conseguenze del danno a lui causato da un sinistro.

Contraente: As.Si.Qu.R.A. – Associazione per la Sicurezza e la Qualità nei Rapporti Assicurativi
Viale del Poggio Fiorito, 27 (00144) – ROMA - P.I. 97523490585

Indennizzo: La somma dovuta dalla Compagnia alla Contraente o ai suoi beneficiari in caso di sinistro.

Malattia: Ogni alterazione clinicamente diagnosticabile dello stato di salute non dipendente da infortunio.

Infortunio: Ogni evento fortuito, violento ed esterno che produca lesioni obiettivamente constatabili.

Inabilità temporanea: Temporanea incapacità ad attendere alle occupazioni professionali.

Polizza: Il documento che prova il contratto di assicurazione.

Premio: L'importo dovuto dalla Contraente alla Compagnia quale corrispettivo per l'assicurazione.

Ricovero: La degenza ininterrotta, comportante pernottamento, in un Istituto di Cura resa necessaria per l'esecuzione di interventi chirurgici oppure di accertamenti e/o terapie non eseguibili in ambulatorio.

Società e/o Compagnia: ARISCOM Compagnia di Assicurazioni SpA



NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE

Art.1 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente o dell'Assicurato relative a, circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione (artt. 1892, 1893 e 1894 C.C.).

Art. 2 - Altre assicurazioni

L'Assicurato o il Contraente deve comunicare per iscritto alla Società l'esistenza e la successiva stipulazione di altre assicurazioni per lo stesso rischio; in caso di sinistro, l'Assicurato o il Contraente deve darne avviso a tutti gli assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri (art. 1910 C.C.).

Art. 3 -Decorrenza dell' Assicurazione - Pagamento del premio

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato in polizza se il premio o la prima rata di premio sono stati pagati; altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento. Per l'Assicurato l'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento.

Art. 4 -Modifiche dell' Assicurazione

Le eventuali modificazioni dell'assicurazione devono essere provate per iscritto.

Art. 5 -Aggravamento del rischio

L'Assicurato o il Contraente deve dare comunicazione scritta alla Società di ogni aggravamento del rischio.

Gli aggravamenti di rischio non noti o non accettati dalla Società possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione (art. 1898 C.C.).

Art. 6 -Diminuzione del rischio

Nel caso di diminuzione del rischio, la Società è tenuta a ridurre il premio o le rate di premio successive alla comunicazione dell'Assicurato (art. 1897 C.C.) e rinuncia al relativo diritto di recesso.

Art. 7 -Obblighi dell' Assicurato in caso di sinistro -Gestione del sinistro

In caso di sinistro, l'Assicurato deve darne avviso scritto all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza oppure alla Società, entro dieci giorni da quando ne ha avuto conoscenza. L'inadempimento a tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo (art. 1913 C.Ci).

Art. 8- Deroqa al patto di Tacita proroga

Il presente contratto cesserà alla ore 24 del 31/12/2014 , senza obbligo di disdetta.

Art. 9 -Oneri fiscali

Gli oneri fiscali relativi all'assicurazione sono a carico del Contraente.

Art. 10 -Foro Competente

Foro competente, a scelta della parte attrice, è esclusivamente quello del luogo di residenza o sede del convenuto, ovvero del luogo ove ha sede l'Agenzia cui è assegnata la polizza.

Art. 11 -Rinvio alle norme di legge

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



PREMESSA

La presente polizza è stipulata tra la Compagnia Assicuratrice ARISCOM S.p.A. e la spettabile As.Si.Qu.R.A. per la categoria dei **Medici di Base e dei Medici Pediatri di libera scelta** comunicati mensilmente con apposito registro che forma parte integrante del presente contratto.

Questa polizza opera, in conseguenza di malattia o di infortunio professionale o extraprofessionale dell'associato incluso in polizza, garantendo una diaria giornaliera per inabilità temporanea dello stesso ad attendere alle abituali occupazioni.

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Art. 12) Oggetto dell'assicurazione

La Società corrisponde all'Assicurato, che a causa di malattia o infortunio si trovi nell'impossibilità di prestare la propria opera ed abbia comunicato tale impossibilità alla competente ASL, una diaria fissa giornaliera in base alla tabella di seguito riportata:

FASCIA	NUMERO ASSISTITI	MASSIMALE GIORNALIERO
1	da 0 a 600	€ 90,00
2	da 601 a 1.000	€ 130,00
3	da 1.001 a 1.500	€ 165,00
4	oltre 1.500	€ 190,00

Tale diaria é corrisposta (nei limiti riportati al successivo art. 13) previa presentazione di copia della fattura quietanzata per avvenuto pagamento della sostituzione da parte del collega sostituto.

Art 13) Limiti delle prestazioni

Il rimborso di cui al precedente articolo sarà corrisposto: con l'applicazione dei seguenti scoperti e franchigie:

FRANCHIGIE

- 1) In caso di ricovero: nessuna franchigia
- 2) Senza ricovero: franchigia 1 giorno
- 3) Oltre il 30° giorno di malattia o infortunio complessivamente denunciato nel corso dell'anno: 3gg di franchigia per ogni sinistro ulteriore

SCOPERTI

- 1) Al primo sinistro: scoperto 10%
- 2) Al secondo sinistro: scoperto 20%
- 3) Dal terzo sinistro in poi: scoperto 30% (ferme restando le franchigie di cui al paragrafo precedente)

STOP LOSS

- 1) Massimo risarcimento per annualità assicurativa: 75% (settantacinqueprocento) dei premi imponibili complessivamente versati dalla Contraente.



Tutte le patologie oncologiche che comportino cicli di terapie (radioterapia, chemioterapia ecc.) saranno considerate, ai fini della presente polizza, unico evento e liquidati senza franchigie frontali, fermo l'abbattimento percentuale sopra riportato.

L'indennità non viene corrisposta qualora l'impossibilità dell'assicurato di prestare la propria opera sia dovuta a:

-malattie o infortuni che abbiano colpito l'assicurato nei 18 giorni successivi a un precedente periodo di malattia o infortunio, per la quale sia stato richiesto il rimborso con la presente assicurazione;

-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 del 11.12.1990 e successive modificazioni e integrazioni);

-aborto spontaneo o terapeutico, verificatosi nel periodo compreso tra l'inizio del terzo mese ed il termine del sesto mese (ai sensi della legge 379 del 11.12.1990 e successive modificazioni ed integrazioni);

-infortuni sofferti in conseguenza di azioni delittuose dolosamente compiute o tentate dall'Assicurato, nonché da lui volontariamente attuate o consentite contro la sua persona; intendendosi invece compresi quelli sofferti in conseguenza di imprudenza o negligenza anche grave dell'Assicurato, del Contraente o di eventuali beneficiari dell'indennizzo;

-relativamente agli assicurati che soffrono di patologie acute e croniche dando origine al ripetersi dell'evento di malattia, gli stessi potranno accedere alle prestazioni di polizza con le seguenti modalità: dopo la liquidazione del secondo sinistro i giorni di carenza successivi a un precedente periodo della stessa malattia passano da 18 gg. a 30 gg.; dopo il quarto sinistro i giorni di carenza successivi a un precedente periodo della stessa malattia diventano 60 gg.

Art. 14) Denuncia della malattia

L'Associato/Assicurato deve comunicare alla Contraente entro 20 giorni dall'inizio della malattia che comporti l'impossibilità di prestare la propria opera, la sua sostituzione con altro medico, deve inoltre presentare certificato medico con diagnosi/prognosi di malattia. Detta comunicazione deve contenere il luogo di reperibilità dell'Assicurato durante il periodo di malattia. Successivamente e solo a guarigione avvenuta, per ottenere il rimborso l'assicurato deve esibire alla Contraente la seguente documentazione:

-certificato medico o dichiarazione di ricovero in Istituto di cura con data di ricovero e di dimissioni, con diritto della società di copia della cartella clinica;

-fotocopia della comunicazione di malattia inviata alla ASL, con conferma di ricezione ASL o dichiarazione ASL per il periodo di assenza e data ripresa;

-certificato di avvenuta guarigione, redatto dal medico curante, con relativa data di ripresa al lavoro.

È compito della Contraente la verifica sulla regolarità amministrativa relativa al procedimento di liquidazione.

Art. 15) Termini di liquidazione

Entro la prima decade di ogni mese la Contraente invia alla Compagnia l'elenco degli associati da liquidare allegando, per ognuno, la documentazione esatta e completa di cui al precedente



art. 3); entro i successivi 20 giorni la Compagnia effettuerà l'ordine di pagamento direttamente sul conto corrente della Contraente, dedicato alla liquidazione sinistri.

Sarà compito e responsabilità della Contraente inoltrare al proprio Associato la comunicazione inerente l'ordine di pagamento effettuato direttamente sul suo Conto Corrente.

Art. 16) Premio e sua regolazione

Il premio di assicurazione alla firma è pari a:

FASCIA	NUMERO ASSISTITI	MASSIMALE GIORNALIERO	PREMI per Adesioni dal 30/11/2014 al 30/06/2015 (scadenza annua di polizza 31/12/2015)	PREMI per Adesioni dal 31/07/2015 (scadenza annua di polizza 31/12/2015)
1	da 0 a 600	€ 90,00	€ 300,00	€ 180,00
2	da 601 a 1.000	€ 130,00	€ 400,00	€ 240,00
3	da 1.001 a 1.500	€ 165,00	€ 500,00	€ 300,00
4	oltre 1.500	€ 190,00	€ 600,00	€ 360,00

Le Parti convengono che, con cadenza mensile, verrà emesso apposito atto di variazione attraverso il quale viene contabilizzato il numero dei nuovi Iscritti e il relativo premio. I suddetti premi calcolati in base alla tabella sopra indicata e verranno contabilizzati con apposita appendice che la Contraente si impegna a saldare entro 15 gg dal ricevimento della stessa.

Art.17) Decorrenza delle prestazioni

La decorrenza della assicurazione è stabilita con effetto dalle ore 00,00 del 30 novembre 2014. Da tale momento la Società provvederà all'esecuzione delle prestazioni previste dal contratto, in favore **dei medici di base e dei medici pediatri di libera scelta**.

Art 18) Controversie

In caso di controversie sulla natura dell'evento o sulla durata della malattia, le parti comunque si obbligano a conferire mandato a un collegio di tre medici, nominati uno per parte e il terzo di comune accordo o dal presidente della sezione dell'Ordine dei Medici cui è iscritto l'assicurato; tale collegio ha mandato per decidere l'indennità dovuta. Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze per il terzo medico.

Art. 19) Clausola Broker

As.Si.Qu.R.A. – Associazione per la Sicurezza e la Qualità nei Rapporti Assicurativi dichiara di aver affidato la gestione della polizza alla Alliance Broker Spa (R.U.I. B000116393) quale broker incaricato ai sensi del D. Lgs. n. 209/2005.

Di conseguenza tutti i rapporti inerenti alla presente assicurazione sarà svolto per conto della Contraente dalla Alliance Broker SpA. Ogni pagamento dei premi verrà effettuato dal Contraente al Broker e sarà considerato a tutti gli effetti come effettuato alla Compagnia, a norma dell'art. 1901 Cod. Civ.



Agli effetti tutti della presente polizza, ogni comunicazione fatta dal Broker nel nome e per conto del Contraente alla Compagnia si intenderà come fatta dal Contraente. Parimenti ogni comunicazione fatta dal Contraente al Broker si intenderà come fatta alla Compagnia. Il Broker è altresì autorizzato ad effettuare l'incasso dei premi, rilasciando apposita quietanza.

Art. 20) Esclusioni

Restano esclusi dall'assicurazione gli infortuni extra-professionali determinati da:

- guida di qualsiasi veicolo natante a motore se l'assicurato è privo della prescritta abilitazione;
- partecipazione, con qualsiasi veicolo o natante a motore, a competizioni non di regolarità pura e alle relative prove;
- pilotaggio ed uso di aeromobili di qualsiasi tipo, nonché guida ed uso di mezzi subacquei;
- pratica di pugilato, salto dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico, bob, paracadutismo, free climbing (arrampicata libera);
- pratica di atletica pesante, lotta nelle sue varie forme, alpinismo con scalata di roccia o ghiacciai oltre il 30 grado della scala di Monaco, rugby, football americano, immersione con aspiratore;
- partecipazione a corse o gare -e relative prove ed allenamenti -ippiche, calcistiche, ciclistiche, sciistiche, di pallacanestro, di pallavolo e arti marziali che richiedono il tesseramento alle relative federazioni o enti sportivi similari;
- azioni dolose commesse e tentate dall'assicurato, atti contro la propria persona da lui volontariamente compiuti o consentiti;
- abuso di alcool, psicofarmaci, uso di stupefacenti ed allucinogeni;
- guerre o insurrezioni;
- movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche, maremoti e inondazioni;
- trasmutazione del nucleo dell'atomo come pure di radiazioni provocate artificialmente dall'accelerazione di particelle atomiche o da esposizione a radiazioni ionizzanti