

**GENERALI**  
**Assicurazioni Generali S.p.A.**  
Agenzia Generale di Roma  
**Servizio Medici di Medicina Generale**

**COMUNICAZIONE DI MALATTIA**

Per informazioni telefoniche rivolgersi ai numeri: Fax: **06-44232726**  
Telefono: **06-44248341**  
**06-44233895**

**RACCOMANDATA**

Per i primi 30 giorni di malattia e conseguente assenza dal servizio la denuncia deve essere inviata alle Generali entro 10 gg. dall'evento; in caso di ricovero la denuncia può essere trasmessa subito dopo le dimissioni dall'Istituto di cura, ovvero successivamente in caso di documentata impossibilità che contenga: certificato medico o dichiarazione di ricovero in Istituto di Cura, esatto recapito ove il medico si rende reperibile durante il decorso della malattia.

Spett.le  
ASSICURAZIONI GENERALI S.p.A.  
AGENZIA SPECIALE 63J  
Servizio Malattia Medici  
*Medici di Medicina Generale*  
Via di Villa Massimo, 39  
OO161 R O M A

Oggetto: Denuncia di danno – Polizza Malattia n. 81301025 –  
Medici di Medicina Generale per inabilità temporanea assoluta

Io sottoscritto  Medico di Medicina Generale

Dott. ....

Luogo di reperibilità durante il periodo di malattia .....

informo, ai fini del relativo rimborso, di essere malato/a dal .....

Invierò, pertanto, la necessaria documentazione prevista dalla polizza in oggetto.

Data, .....

FIRMA

.....

**RACCOMANDATA**

**DA SPEDIRE A CHIUSURA MALATTIA**

(Tel. 06.44248341)

Spett.le  
ASSICURAZIONI GENERALI S.p.A.  
AGENZIA SPECIALE 63J  
Servizio Malattia Medici  
*Medici di Medicina Generale*  
Via di Villa Massimo, 39  
OO161 R O M A

Data, .....

**Richiesta di rimborso – Polizza malattia n. 81301025**

Io sottoscritto  Medico di Medicina Generale

Dott. ....

Residente: .....

con riferimento alla mia comunicazione del ....., allego la seguente documentazione:

- 1 modello allegato **compilato in ogni sua parte con l'autorizzazione al trattamento dei dati ai sensi del D.lgs 196/2003** (Codice in materia di protezione dei dati personali). Le evidenziamo che tale autorizzazione è indispensabile per poter provvedere all'istruzione e gestione della pratica nonché liquidazione del sinistro;
- 2 certificato medico o eventuale dichiarazione di ricovero o di day hospital in Istituto di Cura con data di ingresso e di dimissioni (con diritto da parte della società di richiesta della copia della cartella clinica completa) con diagnosi e prognosi;
- 3 esatto recapito ove lei si rende reperibile durante il decorso della malattia;
- 4 dichiarazione rilasciata dalla A.S.L. al termine della malattia o trascorsi i primi 30 giorni dall'inizio della stessa, che attesti il periodo e l'avvenuta sostituzione per malattia con altro sanitario;
- 5 copia delle distinte dei pagamenti effettuati dalla Regione nei tre mesi antecedenti la malattia;
- 6 certificato di avvenuta guarigione con relativa data di ripresa lavoro o continuazione della malattia;
- 7 fattura – o ricevuta fiscalmente valida – rilasciata dal Medico Sostituto, quietanziata per avvenuto pagamento, che riporti la descrizione del servizio reso (sostituzione) con l'esatta indicazione del periodo durante il quale il servizio stesso è stato effettuato.
- 8 autocertificazione attestante l'inabilità temporanea e assoluta allo svolgimento delle attività professionali, specificando eventuali altri incarichi.

FIRMA

.....

# ALLEGATO

## **Foglio notizie**

*Si prega di voler compilare il presente modello a macchina oppure in stampatello, onde evitare disguidi conseguenti ad un errata interpretazione dei dati forniti.*

*Si prega altresì apporre la propria firma in calce alla dichiarazione di autorizzazione al trattamento dei dati che la riguardano.*

## **FOGLIO NOTIZIE**

### **Da restituire debitamente completato e sottoscritto**

Polizza n. 81301025 – Medicina Generale

Cognome ..... Nome .....

Codice fiscale ..... Pratica di danno n. ....

Numero Conto Corrente Bancario	<input type="checkbox"/>
Banca .....	<b>Codice ABI</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Indirizzo .....	<b>Codice CAB</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	<b>Codice CIN</b> <input type="checkbox"/>
<i>I dati di cui sopra debbono essere verificati presso la propria banca ed indicati chiaramente</i>	

### **INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART. 13 DEL D.LGS**

Nel rispetto della normativa vigente in materia di protezione dei dati personali, La informiamo che la nostra Società intende acquisire o già detiene dati personali che La riguardano, eventualmente anche sensibili o giudiziari (1), al fine di fornire i servizi (2) da Lei richiesti o in Suo favore previsti.

I dati, forniti da Lei o da altri oggetti (3) sono solo quelli strettamente necessari a questi scopi, anche quando comunichiamo a tal fine alcuni di questi dati ad altri soggetti connessi a settore assicurativo e riassicurativo, in Italia o all'estero; per taluni servizi inoltre, utilizziamo soggetti di nostra fiducia che svolgono per nostro conto, in Italia o all'estero, compiti di natura tecnica, organizzativa e operativa (4).

I Suoi dati possono inoltre essere conosciuti dai nostri collaboratori specificatamente autorizzati a trattare dati, in qualità di Responsabili o Incaricati, per il perseguimento delle finalità sopraindicate. I Suoi dati non sono soggetti a diffusione.

Senza i Suoi dati – alcuni dei quali ci debbono essere forniti da Lei o da terzi per obbligo di legge (5) – non potremo fornirLe i nostri servizi, in tutto o in parte.

Lei ha diritto di conoscere, in ogni momento, quali sono i suoi dati presso di noi la loro origine e come vengono utilizzati; ha inoltre il diritto di farli aggiornare, rettificare, integrare o cancellare, chiederne il blocco ed opporsi al loro trattamento (6).

Titolare del trattamento è la Società che si avvale di Responsabili; responsabile designato per il riscontro all'interessato in caso di esercizio dei diritti ex art. 7 del D.lgs 196/2003 è il Servizio Privacy di Gruppo.

Ogni informazione in merito ai soggetti o alle categorie di soggetti cui vengono comunicati i dati o che possono venirne a conoscenza in qualità di responsabili o Incaricati preposti ai trattamenti di cui sopra indicati può essere richiesta al citato Servizio (Servizio Privacy di Gruppo – Assicurazioni Generali S.p.A. – Via Marocchessa, 14 – 31021 Mogliano Veneto – TV- Tel. 041.549.2599 – fax 041.549.2235). Il sito [www.generali.it](http://www.generali.it) riporta ulteriori notizie in merito alle politiche privacy della nostra Società, tra cui l'elenco aggiornato dei Responsabili. Sulla base di quanto sopra, apponendo la Sua firma in calce, Lei può esprimere il consenso al trattamento dei dati – eventualmente anche sensibili – effettuato dalla Società, alla loro comunicazione ai soggetti sopraindicati e al trattamento da parte di questi ultimi.

Luogo e data

Cognome e nome dell'/gli interessato/i (leggibili)

Firma

.....

.....

.....

# SCHEDA TECNICA

## Polizza n. 81301025 – copertura rischi economici dei Medici di Medicina Generale

Il Medico di famiglia, quando si assenta per malattia ed infortunio dal servizio per più di 3 giorni consecutivi, deve comunicare alla competente A.S.L. il nominativo del collega che lo sostituisce al quale dovrà corrispondere un emolumento per i primi 30 giorni. La polizza in questione nasce, per compensare il medico del danno economico subito in questa circostanza. Per questo motivo viene richiesta la fattura, che rappresenta l'unico documento comprovante l'effettivo carico economico subito. Nel caso in cui il medico nominato abbia assicurato la sostituzione, a titolo gratuito (per es: un collega con il quale si scambia mutuamente il servizio) non è previsto il rimborso per la semplice ragione che non c'è stato alcun danno economico.

Questo sistema consente una corretta gestione della polizza ed assicura la massima trasparenza.

### CONTRAENTE

Organizzazioni Sindacali firmatarie dell'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti libero-professionali con Medici di Medicina Generale.

### ASSICURATORI

Assicurazioni Generali S.P.A. - Delegataria  
Unipol – Coassicuratrice  
Fondiaria – Sal - Coassicuratrice

### ASSICURATI

I Medici di Medicina Generale

### GARANZIE

La Società corrisponde al medico, che a causa di malattia si trovi nell'impossibilità di prestare la propria opera e che abbia comunicato tale impossibilità alla competente azienda A.S.L. e quindi sia stato sostituito da altro medico, il rimborso dell'effettiva spesa sostenuta dall'assicurato stesso – nei limiti riportati al successivo punto “limiti delle prestazioni”, a presentazione della fattura in originale, quietanziata 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.

### LIMITI DELLE PRESTAZIONI

Il rimborso sarà corrisposto all'assicurato, entro il limite di un importo massimo giornaliero calcolato secondo un indice forfetario delle competenze spettanti a titolo di “onorario professionale” con la variazione relativa alla maggiore o minore morbilità individuata convenzionalmente nel 20% (integralmente nei mesi di aprile, maggio, ottobre e novembre; maggiorati del 20% nei mesi di dicembre, gennaio, febbraio e marzo; ridotti del 20% se relativi ai mesi di giugno, luglio, agosto e settembre);

- un compenso forfetario annuo pari a € 15,49 per ciascun assistito che abbia compiuto il 75° anno di età;
- un compenso capitarlo annuale di € 18,07 per le scelte dei minori di età inferiore a 14 anni dall'assicurato stesso percepite nei tre mesi precedenti il mese in cui si è verificata la malattia che ha comportato la sostituzione.

Il suddetto rimborso sarà calcolato con decorrenza dal:

- sesto giorno di sostituzione fino al trentesimo giorno, per ogni malattia che non comporti ricovero in Istituto di Cura;
- primo giorno di sostituzione fino al trentesimo, in caso di malattia e/o malattia in gravidanza e/o infortunio che comporti ricovero in Istituto di Cura, day hospital con intervento chirurgico, day hospital per malattia oncologica anche senza intervento chirurgico;

- primo giorno di sostituzione fino al trentesimo, in caso di 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);
- primo giorno di sostituzione fino al trentesimo, in caso di infortunio senza ricovero che abbia per conseguenza un grave traumatismo.

La sostituzione si deve iniziare e concludere in giorno lavorativo – eventuali giorni festivi all’inizio e/o al termine del periodo non saranno liquidati.

La garanzia non è operante nei seguenti casi:

1. gravidanza
2. interruzione volontaria di gravidanza (Legge 194 del 22.05.1978 e successive modifiche);
3. maternità – nei due mesi antecedenti la data del parto e nei tre mesi successivi la data effettiva del parto (ai sensi della legge n. 379 del 11.12.1990);
4. aborto spontaneo o terapeutico, verificatosi nel periodo compreso tra l’inizio del terzo mese e il termine del sesto mese (ai sensi della legge n. 379 del 11.12.1990)
5. cure termali;
6. alcolismo, tossicodipendenza;
7. infermità mentale, secondo quanto stabilito dall’art. 19 comma f dell’A.C.N.;
8. uso non terapeutico di stupefacenti o psicofarmaci;
9. azioni dolose commesse o tentate dall’assicurato, atti contro la propria persona da lui volontariamente compiuti o consentiti;
10. quanto previsto dagli artt. 18 e 19 dell’A.C.N.

Sono inoltre escluse dalla garanzia le malattie senza ricovero che abbiano colpito il medico assicurato nei quindici giorni immediatamente successivi alla chiusura di ogni precedente periodo, per il quale sia stato richiesto il rimborso della presente assicurazione.

### **PRESCRIZIONE**

In base all’art. 2952 del Codice Civile la prescrizione si realizza trascorso un anno dalla data effettiva di accadimento dell’evento. L’interruzione dei termini può avvenire solo su comunicazione del medico e resta valida per un anno dalla data dell’ultima comunicazione.

### **DENUNCIA DEL SINISTRO**

L’assicurato deve comunicare – a mezzo di raccomandata al Servizio Malattia Medici – sezione Medici di Medicina Generale – l’inizio della malattia che comporti l’impossibilità di prestare la propria opera e la sostituzione con altro medico.

La comunicazione deve essere inviata entro 10 gg. Dall’inizio della malattia ovvero dalla dimissione dall’Istituto di Cura che contenga:

1. certificato medico o dichiarazione di ricovero in Istituto di Cura;
2. esatto recapito ove il medico si rende reperibile durante il decorso della malattia.

**LA DOCUMENTAZIONE NECESSARIA PER EFFETTUARE IL RIMBORSO E’ RIPORTATA NELLA COMUNICAZIONE ALLEGATA CHE VIENE INVIATA AL AMEDICO NON APPENA RICEVUTA LA DENUNCIA DI INIZIO MALATTIA.**

#### **RIFERIMENTI**

#### **Servizio Malattia Medici Sezione Medici di Medicina Generale**

Spett.le  
 ASSICURAZIONI GENERALI S.p.A.  
 AGENZIA SPECIALE 63J  
 Servizio Malattia Medici  
 Medici di Medicina Generale  
 Tel. 06. 4402037

Via di Villa Massimo, 39  
 00161 R O M A