

COME CHIUDERE UN SINISTRO

Requisito indispensabile alla chiusura di un sinistro è che, com'è ovvio, il medesimo sia stato aperto dal Servizio Malattia Medici dell'Agenzia 63J di Generali Italia SpA.

Ai fini di detta apertura, com'è noto, serve:

L'aver compilato e sottoscritto in ogni sua parte lo specifico modulo di apertura del sinistro, contenente tra l'altro la liberatoria Privacy senza la quale, i valutatori non possono nemmeno guardare la documentazione eventualmente inoltrata dall'assicurato giacché contenente dati personali, sanitari sensibili. A detto modulo va sempre allegato la copia del documento d'identità e il certificato di malattia (con copertura dal giorno di inizio malattia che deve corrispondere a quello che poi dichiarerà la ASL come primo giorno di assenza per malattia) rilasciato dal medico curante, attestante l'impossibilità temporanea e assoluta di prestare la propria opera professionale.

Più in particolare, le fasi per arrivare alla liquidazione o meno del sinistro sono:

- A. **APERTURA DEL SINISTRO.** OVE SIA STATO INVIATO L'APPOSITO MODULO DI RICHIESTA APERTURA CON ALLEGATO COPIA DEL DOCUMENTO D'IDENTITÀ E CERTIFICATO DEL MEDICO CURANTE.
- B. **INVIO DOCUMENTAZIONE,** ED EVENTUALE RICHIESTA DA PARTE DEI VALUTATORI DI MODIFICA O INTEGRAZIONE DELLA DOCUMENTAZIONE PERVENUTA.
- C. **VALUTAZIONE DEI DOCUMENTI RICHIESTI E CALCOLO DELLA LIQUIDAZIONE SPETTANTE.** UNA VOLTA CHE LA DOCUMENTAZIONE SIA ESATTA E COMPLETA E OVE NON ESISTA CONTROVERSIA.
- D. **LIQUIDAZIONE DELLA SOMMA SPETTANTE DA PARTE DELLA COMPAGNIA,** ENTRO VENTI GIORNI DAL GIORNO IN CUI È PERVENUTA LA DOCUMENTAZIONE ESATTA E COMPLETA.

In tale quadro, la documentazione utile alla chiusura del sinistro di Continuità Assistenziale è:

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 rilasciato dalla A.S.L. con timbro e firma del responsabile);
3. **COPIA DI ULTERIORI CERTIFICATI NON TELEMATICI (FOTOCOPIA O SCANSIONE) - CON DIAGNOSI E PROGnosi - A COPERTURA DELL'INTERO PERIODO DI MALATTIA LADDOVE IL MEDESIMO PERIODO SUPERASSE LA PREVISIONE DEL PRIMO CERTIFICATO** – 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).**Tale cartella clinica, quindi, non va inviata in assenza di specifica richiesta della Compagnia.**
4. **DICHIARAZIONE rilasciata dalla ASL** 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 assicurativo dello 0,72% dovuto (con diritto da parte della Società di richiesta di copia dell'accordo aziendale);
5. **FOTOCOPIA (O SCANSIONE),** 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 DEL MEDICO CURANTE 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 AI SENSI DI LEGGE** 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.

(N.B.: L'AUTOCERTIFICAZIONE DELLA CONFORMITÀ AGLI ORIGINALI DEI DOCUMENTI INVIATI, AI SENSI DI LEGGE, DEVE CONTENERE LA DATA DELLA DICHIARAZIONE, ESSERE FIRMATA E AVERE ALLEGATO COPIA DI UN DOCUMENTO DI IDENTITÀ IN CORSO DI VALIDITÀ)

L'ITER FIN QUI DESCRITTO È FINALIZZATO ALLA CHIUSURA E AL CALCOLO DELLA LIQUIDAZIONE MA, IN BASE AL NORMATIVO DI POLIZZA, ALL'ART. A4, RUBRICATO "TERMINI PER LA LIQUIDAZIONE" È STABILITO CHE:

"La Società si riserva comunque il diritto di controllare il regolare versamento, sia da parte della ASL competente, per i premi relativi all'assicurato colpito da sinistro, sia da parte dell'ENPAM, per l'inoltro degli stessi, e di eseguire il pagamento del rimborso al momento della ricezione dei premi stessi".

Per ricapitolare, quindi, per poter accedere alla liquidazione del sinistro, ove se ne abbiano i requisiti, l'assicurato deve inviare esclusivamente per raccomandata o via PEC al Servizio Malattia Medici (Ufficio liquidazione danni - Agenzia Speciale 63J, via delle Montagne Rocciose, 58 – 00144 – Roma, ovvero via PEC all'indirizzo: serviziomalattiamedici@pec.it), tutta la documentazione utile e, proceduralmente:

- **Avere** in primis correttamente compilato e sottoscritto il modulo di apertura sinistro in ogni sua parte
- **Allegare** al modulo di apertura la copia del documento d'identità e il certificato di inizio malattia/infortunio del medico curante
- **Inviare** tutta la documentazione utile alla valutazione secondo quanto disposto dell'Art. A3 e sopra evidenziato nei particolari
- **Inviare eventuale** ulteriore documentazione richiesta dal Servizio Malattia Medici affinché tale documentazione sia completa e corretta
- **Attendere** la comunicazione di completa e corretta documentazione
- **Entro venti giorni** dalla comunicazione di cui al punto precedente, la Compagnia (e non il Servizio Malattia Medici), sulla base dei conteggi effettuati dal richiamato SMM, effettuerà il **bonifico del rimborso**; in caso contrario, attraverso il sistema computerizzato di tracciamento sinistri l'assicurato avrà notizia che la sua pratica è stata posta **senza seguito**.