

CONDIZIONI 2011 DI LIQUIDAZIONE DELLE DIARIE

N.B.: La Fondazione copre la copertura per malattia relativa ai primi 30 giorni giacché da 31° giorno entra in vigore la normale copertura ENPAM

La Fondazione erogata le liquidazioni secondo le sottostanti modalità:

DAL 1° AL 30° GIORNO SI ATTUANO LE SEGUENTI CONDIZIONI:

1. La diaria è pari a €125,00
2. A tale diaria, nel limite di 30 giorni solari nell'anno di copertura, si applicano i seguenti scoperti percentuali:
 - 2.a) per il 1° sinistro nell'anno di copertura €125,00 – 15% = €106,25 al giorno
 - 2.b) per il 2° sinistro nell'anno di copertura €125,00 – 20% = €100,00 al giorno
 - 2.c) dal 3° sinistro in poi nell'anno di copertura €125,00 – 25% = €93,75 al giorno

N. B.: SONO LIQUIDATI ANCHE I SABATI E LE DOMENICHE E NON SI APPLICANO FRANCHIGIE FRONTALI PURCHÈ NON SI SUPERINO COMUNQUE I 30 GIORNI DI MALATTIA O INFORTUNIO NELLO STESSO ANNO DI COPERTURA

DAL 31° GIORNO FINO AL 45° GIORNO SI ATTUANO LE SEGUENTI CONDIZIONI:

1. La diaria è pari a €93,75
2. Non sono liquidati i sabati e le domeniche e si applicano 3 giorni di franchigia frontale (31°, 32° e 33° giorno non si liquidano).

DAL 46° GIORNO IN POI SI ATTUANO LE SEGUENTI CONDIZIONI:

1. La diaria è pari a €75,00
2. Non sono liquidati i sabati e le domeniche e si applicano 5 giorni di franchigia frontale (46°, 47°, 48°, 49° e 50° giorno non si liquidano).

N.B.: SI PRECISA CHE LA COPERTURA DEL SINGOLO SINISTRO NON PUÒ SUPERARE MAI I 30 GIORNI ESSENDO LA MEDESIMA A COPERTURA DEL DOCUMENTO ECONOMICO DERIVANTE DAL COSTO PER SOSTITUZIONE SCATURENTE DA EVENTI DI MALATTIA O INFORTUNIO PER I PRIMI 30 GIORNI. NON CI SONO LIMITI DEL NUMERO DI SINISTRI.

MOTIVI PER CUI NON VIENE LIQUIDATA LA DIARIA

La diaria non viene corrisposta qualora l'assicurato di prestare la propria opera sia dovuta a:

1. malattie o infortuni che abbiano colpito l'associato nei 18 giorni successivi a un precedente periodo di malattia o infortunio, per la quale sia stato richiesto il rimborso alla Fondazione;
2. 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 integrazioni);
3. 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 dell'11.12.1990 e successive modificazioni e/o integrazioni);
4. infortuni sofferti in conseguenza di azioni delittuose dolosamente compiute o tentate dall'Associato, 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'Associato o di eventuali beneficiari dell'indennizzo;
5. relativamente agli associati che soffrono di patologie acute e croniche dando origine al ripetersi dell'evento di malattia, gli stessi potranno accedere alle prestazioni di copertura 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.

MALATTIE ONCOLOGICHE

Fino al raggiungimento dei primi 30 giorni di malattia nell'arco dell'anno solare, tutte le patologie oncologiche **che comportino cicli di terapie** (radioterapia, chemioterapia ecc.) saranno considerate **unico evento** e liquidate senza franchigie frontali purché i cicli di terapia siano specificamente documentati.

DOCUMENTAZIONE UTILE ALL'APERURA E ALLA LIQUIDAZIONE DELL'EVENTO

(N.B.: ai fini della liquidazione tutta la documentazione deve pervenire in originale)

Denuncia della malattia prevista per la copertura di BASE

L'Associato deve comunicare alla Fondazione FIMP, **entro 20 giorni dall'inizio della malattia che comporti l'impossibilità di prestare la propria opera:**

1. **la sua sostituzione** con altro medico;
2. deve inoltre presentare **certificato medico con diagnosi/prognosi di malattia.**
3. la comunicazione deve contenere **il luogo di reperibilità dell'Associato durante il periodo di malattia.**

Successivamente, e solo a guarigione avvenuta, per ottenere il rimborso l'associato deve esibire all'ufficio liquidazione sinistri la seguente documentazione:

certificato medico o dichiarazione di ricovero in Istituto di cura con data di ricovero e di dimissioni, con diritto della Fondazione 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 dell'ufficio liquidazione sinistri della Fondazione, la verifica sulla regolarità amministrativa relativa al procedimento di liquidazione.

Termini di liquidazione della copertura di BASE

Di norma, e salvo cause di forza maggiore, entro 45 giorni dal ricevimento della documentazione esatta e completa inviata dall'associato secondo le modalità sopra riportate, l'Ufficio Liquidazione sinistri della Fondazione FIMP inoltrerà all'associato la comunicazione inerente l'ordine di pagamento direttamente sul suo Conto Corrente.

La copertura ha validità dalle ore 24,00 del giorno in cui la Fondazione ha avuto contezza del versamento della quota associativa sul proprio conto corrente e sia stato possibile ricongiungerlo con la scheda di iscrizione regolarmente compilata sul sito della Fondazione (N.B.: eventuali bonifici effettuati da soggetti diversi dall'associato comportano che la copertura sarà effettiva solo dopo che la Fondazione avrà potuto ricongiungere correttamente il versamento e l'iscrizione).

In ogni caso non sono coperti i sinistri avvenuti lo stesso giorno in cui il pediatra di famiglia si è correttamente associato alla Fondazione.

Decorrenza delle prestazioni della copertura di BASE

La decorrenza della prima copertura associativa annua è stabilita con effetto dalle ore 00,00 del 2 gennaio 2010 e scadenza il 1 gennaio 2011 e, così, di anno in anno.

La decorrenza della copertura ha effetto dalle ore 00,00 del giorno successivo a quello in cui la Fondazione avrà contezza amministrativa e contabile dell'avvenuta iscrizione. Affinché non ci sia soluzione di continuità nella copertura associativa, il bonifico bancario per la quota associativa annua, dovrà pervenire alla Fondazione dal 1° dicembre di ogni anno e non oltre il 28 dicembre del medesimo. Di norma, ci si può associare alla Fondazione fino al 31 gennaio di ogni anno o salvo diversa determinazione della Giunta Esecutiva della Fondazione.

Dalle ore 00,00 del giorno successivo a quello in cui la Fondazione avrà contezza amministrativa e contabile dell'avvenuta iscrizione, la Fondazione medesima provvederà all'esecuzione delle prestazioni previste in favore degli associati alla Fondazione FIMP, purché abbiano provveduto a inviare tutta la documentazione utile alla loro iscrizione e che questa sia effettivamente pervenuta alla Fondazione.