

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 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.

IN CASO DI GRAVE TRAUMATISMO (DEFINITO, A TERMINI DI POLIZZA, COME "CONSEGUENZE DI INFORTUNIO COMPORTANTI IMMOBILIZZAZIONI E/O GESSATURA SUPERIORI A 40 GIORNI E RELATIVA SOSPENSIONE CONTINUATIVA DEL RAPPORTO DI LAVORO"), OLTRE AL CERTIFICATO DI INIZIO MALATTIA L'ASSICURATO DOVRÀ PRODURRE DICHIARAZIONE – CORREDATA DI REFERTO RADIOLOGICO – RILASCIATA DA ISTITUTO DI CURA O DAL MEDICO CHE HA PRESTATO IL PRIMO SOCCORSO CHE ATTESTI L'IMMOBILIZZAZIONE.

N.B.: ATTENZIONE L'IMMOBILIZZAZIONE DEVE RISULTARE PER UN PERIODO CONTINUATIVO DI ALMENO 40 GIORNI (Art. A3)

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 Assistenza Primaria è:

- 1) **COPIA DI ULTERIORI CERTIFICATI NON TELEMATICI (FOTOCOPIA O SCANSIONE) - CON DIAGNOSI E PROGNOSE - 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.**
- 2) **DICHIARAZIONE rilasciata dalla ASL,** 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) **GRAVE TRAUMATISMO.** In caso di richiesta di apertura di sinistro per grave traumatismo servono:
 - un certificato medico che attesti l'immobilizzazione del paziente per un periodo di almeno 40 gg.;
 - una dichiarazione della ASL di appartenenza, che attesti l'avvenuta sostituzione del titolare per un periodo continuativo di almeno 40 giorni;
 - in caso di gessatura: una dichiarazione del medico che effettua di rimozione del gesso con data in cui viene rimosso.

In mancanza, la valutazione è effettuata secondo i meccanismi di calcolo previsti all'Art. A2 della polizza.

- 4) **FOTOCOPIA (O SCANSIONE)**, con diritto della Compagnia di richiesta degli originali, delle distinte di pagamento effettuati dalla ASL (cedolini) all'assicurato nei tre mesi antecedenti (ovvero, nel caso in cui il rapporto di convenzione sia più recente, dalla data di inizio del rapporto di convenzione) la malattia.
- 5) **COPIA DELLA/E FATTURA/E O DELLA/E RICEVUTA/E FISCALMENTE VALIDA** (ovvero emesse con Partita IVA e firmate dall'emittente per quietanzare l'avvenuto pagamento) che riporti/no il titolo del servizio reso (sostituzione) e il/i periodo/i nel quale, detto servizio è/sono stato/i effettuato/i) **NON SONO ACCETTATI DOCUMENTI CONTENENTI CANCELLATURE MODIFICHE O CORREZIONI DI NESSUNA NATURA.**
- 6) **CERTIFICATO DEL MEDICO CURANTE DI AVVENUTA GUARIGIONE** con relativa data di ripresa lavoro ovvero di continuazione oltre il trentesimo giorno.
- 7) **AUTOCERTIFICAZIONE AI SENSI DI LEGGE** attestante che il professionista sia o meno titolare di doppio incarico, **con diritto da parte della Compagnia di richiesta di certificazione rilasciata dalla ASL.**

(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**.