

POLIZZA
“PRIMI TRENTA GIORNI DI MALATTIA ED EVENTUALI
CONSEGUENZE ECONOMICHE DI LUNGO PERIODO ”
PER I MEDICI DI ASSISTENZA PRIMARIA

Appendice n. 7

PREMESSA

Con la presente appendice, che forma parte integrante della suindicata polizza, per garantire la continuità delle coperture, a richiesta delle parti si conviene di aggiornare il testo di polizza, come segue:

TRA

I Sindacati Firmatari dell'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei Rapporti con i Medici di Medicina Generale, in vigore dal 27 Maggio 2009 ai sensi dell'art. 8 del D.L. n. 502/92 e successive modificazioni ed integrazioni

E

Le Assicurazioni Generali S.p.A. e le Società Coassicuratrici Unipol – Ugf Assicurazioni S.p.A. e Fondiaria-SAI S.p.A.

SI CONVIENE QUANTO SEGUE:

1. L'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale, in vigore dal 27 Maggio 2009 ai sensi dell'art. 8 del D.L. n. 502/92 e successive modificazioni ed integrazioni, all'art. 37 stabilisce che il medico di medicina generale, in caso di impossibilità di prestare la propria opera, ha l'obbligo di farsi sostituire fin dall'inizio.
Nel caso specifico di sostituzione per malattia, il costo del sostituto per i primi trenta giorni, è a carico del medico sostituito.
2. Il suddetto Accordo Collettivo Nazionale stabilisce all'art. 60 commi 4 e 5 che: "Per far fronte al pregiudizio economico derivante dall'onere della sostituzione per eventi di malattia e di infortunio, anche in relazione allo stato di gravidanza e secondo il disposto del Decreto legislativo 151/2001, è posto a carico del servizio pubblico un onere pari allo 0,36% (zero virgola trentasei per cento) dei compensi di cui all'art. 59, lettera A, comma 1 da utilizzare per la stipula di apposite assicurazioni". Al fine di migliorare i trattamenti assicurativi e includere nella gamma degli eventi assicurati anche le eventuali conseguenze economiche di lungo periodo, a decorrere dal 31 dicembre 2009 l'importo del Fondo di cui al periodo precedente del presente comma, è pari allo 0,72% dei compensi di cui all'art. 59, lettera A, comma 1. Con le stesse scadenze previste per il versamento del contributo previdenziale, le Aziende versano all'ENPAM il contributo di cui al precedente comma 4 affinché provveda in merito.
3. Le eventuali conseguenze economiche di lungo periodo sono assicurate tramite le coperture per morte da infortunio, invalidità permanente da infortunio e invalidità permanente da malattia.
4. Le parti attribuiscono alle sotto indicate definizioni il significato a fianco indicato.

DEFINIZIONI COMUNI

1. *Assicurato*: il medico di Assistenza Primaria identificato tramite il Contraente il cui rapporto di lavoro autonomo, continuativo e coordinato - regolato dall'A.C.N. – sia vigente.
2. *Assicurazione*: il contratto di assicurazione.
3. *A.C.N.*: Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale ai sensi dell'art. 8 del D.lgs. n. 502/92 e successive modificazioni ed integrazioni.
4. *Contraente*: i sindacati firmatari dell'A.C.N. per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale ai sensi dell'art. 8 del D.lgs. n. 502/92 e successive modificazioni ed integrazioni (anche attraverso apposito Protocollo con l'Enpam).
5. *Sinistro*: il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata l'assicurazione.
6. *Rischio*: la probabilità del verificarsi del sinistro
7. *Polizza*: il documento che prova l'assicurazione.
8. *Premio*: l'importo dovuto alla Società, secondo le modalità previste dall'A.C.N., art. 60, commi 4 e 5.

Pag 1/15

9. *Istituto di cura*: ogni ospedale, clinica o casa di cura (convenzionata o privata) in Italia o all'estero, regolarmente autorizzati, in base ai requisiti di legge e dalle competenti Autorità, al ricovero ed

Agenzia Speciale 63j – Viale di Villa Massimo, 39 – 00161 Roma - Tel. 06 4402037 - Fax 06 44232726 - Partita IVA 05270901001

- eventualmente all'assistenza sanitaria in regime di degenza diurna. Sono comunque esclusi gli stabilimenti termali, le case di convalescenza e soggiorno
10. *Ricovero*: la degenza, comportante pernottamento, in Istituto di Cura (pubblico o privato) regolarmente autorizzato all'erogazione di assistenza ospedaliera.
 11. Società: le Assicurazioni Generali S.p.A.
 12. *ENPAM*: Ente Nazionale Previdenza Assistenza Medici.
 13. *Le Parti*: la Società e l'insieme dei Sindacati firmatari dell'A.C.N. e del presente contratto (Contraente).

CIO' PREMESSO

La Società s'impegna con la presente polizza a corrispondere l'indennità alle condizioni di seguito stabilite nelle rispettive sezioni:

- A. **Primi 30 giorni di malattia**
- B. **Infortuni**
- C. **Invalidità permanente da malattia**

A) PRIMI TRENTA GIORNI DI MALATTIA

DEFINIZIONI PARTICOLARI

1. *Rimborso*: la somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.
2. *Malattia*: ogni alterazione patologica dello stato di salute, che causi l'impossibilità dell'Assicurato di prestare la propria opera.
3. *Gravidanza*: lo stato fisiologico di gestazione e di conseguente puerperio che comporta a norma di legge la riduzione dell'attività lavorativa o l'astensione.
4. *Day Hospital*: struttura sanitaria autorizzata avente posti letto per degenza diurna che eroga terapie mediche - per almeno 5 ore al giorno (1 ora esclusivamente in caso di terapie oncologiche) - e/o prestazioni chirurgiche eseguite da medici chirurghi specialisti e/o prestazioni diagnostiche invasive e che rilascia regolare cartella clinica.
5. *Day Surgery*: struttura sanitaria autorizzata avente posti letto per degenza diurna, che eroga prestazioni chirurgiche eseguite da medici chirurghi specialisti e che rilascia regolare cartella clinica.
6. *Infortunio*: evento occorso all'assicurato dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili, che abbiano per conseguenza l'effettivo impedimento per l'assicurato a prestare servizio di medicina generale.
7. *Gravi traumatismi*: conseguenze di infortunio comportanti immobilizzazioni e/o gessatura superiori a 40 giorni e relativa sospensione continuativa del rapporto di lavoro;
8. *Gessatura*: per gessatura s'intende il mezzo di contenzione costituito da fasce, docce o altri apparecchi e confezionato con gesso da modellare o schiuma di poliuretano o fibre di vetro associate a resina poliuretanic, i metodi di contenzione Ilizarov, F.E.A. (fissatore esterno assiale), termomodellati, VTR nonché qualsiasi dispositivo applicato da personale medico o paramedico utilizzato nel trattamento di contenzione articolare o distrettuale, o per osteosintesi, reso necessario da frattura radiologicamente accertata.

Art. A1 Oggetto dell'Assicurazione. La Società corrisponde all'Assicurato, che a causa di malattia e/o malattia in gravidanza e/o infortunio si trovi nell'impossibilità di prestare la propria opera ed abbia comunicato tale impossibilità alla competente ASL e quindi sia stato sostituito da altro medico, il rimborso dell'effettiva spesa sostenuta dall'Assicurato stesso - nei limiti riportati al successivo Art. A2 -, a presentazione della fattura o della ricevuta fiscalmente valida in originale, quietanzata 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.

Pag 2/15

Art. A2 Limiti delle prestazioni. Il rimborso di cui al precedente art. A1 sarà corrisposto entro il limite di un importo massimo giornaliero calcolato secondo un indice forfetario di riferimento pari ad 1/90 delle

Agenzia Speciale 63j – Viale di Villa Massimo, 39 – 00161 Roma - Tel. 06 4402037 - Fax 06 44232726 - Partita IVA 05270901001

competenze spettanti al medico sostituto secondo il disposto dell'art. 37, dell'art. 59 lettera a comma 1, dell'allegato C commi 1 e 3 del richiamato A.C.N. e dall'Assicurato stesso percepite nei tre mesi antecedenti il mese in cui si è verificata la malattia che ha comportato la sostituzione; se l'Assicurato si assenta per malattia e/o malattia in gravidanza e/o infortunio nei primi tre mesi dall'iscrizione negli elenchi delle AA.SS.LL., l'indice di riferimento è rapportato ai primi tre mesi di lavoro.

Il suddetto rimborso sarà calcolato con decorrenza dal:

- a) sesto giorno di sostituzione fino al trentesimo, per ogni evento di malattia e/o malattia in gravidanza e/o infortunio che non comporti ricovero in Istituto di Cura;
- b) 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 Surgery, Day Hospital per malattia oncologica anche senza intervento chirurgico;
- c) primo giorno di sostituzione fino al trentesimo, in caso di malattia e/o 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;
- d) primo giorno di sostituzione fino al trentesimo, in caso di infortunio senza ricovero che abbia per conseguenza un grave traumatismo, con apposita certificazione e dichiarazione rilasciata dalla A.S.L., che attesti l'avvenuta sostituzione per un periodo continuativo di almeno 40 giorni;
- e) primo giorno di sostituzione fino al trentesimo per aborto, spontaneo o terapeutico fino alla concorrenza massima di rimborso di euro 1.000.

Per assenze pari o inferiori ai 30 giorni, ai fini del rimborso, eventuali giorni festivi all'inizio e/o al termine del periodo non saranno liquidati.

Il rimborso non viene corrisposto qualora l'impossibilità dell'Assicurato di prestare la propria opera sia dovuta per :

1. maternità, nei due mesi antecedenti la data presunta del parto e nei tre mesi successivi la data effettiva del parto (ai sensi della legge n. 379 dell'11/12/1990 come modificata dal D.lgs. 26.03.2001 n. 151);
2. interruzione volontaria della gravidanza (legge n. 194 del 22/05/1978 e successive modifiche)
3. cure termali;
4. alcolismo, tossicodipendenza;
5. infermità mentale, secondo quanto stabilito dall'art. 19 comma f dell'A.C.N.;
6. uso non terapeutico di stupefacenti o psicofarmaci;
7. azioni dolose commesse o tentate dall'Assicurato, atti contro la propria persona da lui volontariamente compiuti o consentiti;
8. quanto previsto dagli artt. 18 e 19 dell'A.C.N.

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

Art. A3 Denuncia di malattia e della sostituzione. L'Assicurato deve comunicare all'Ufficio Liquidazione Danni, indicato dalla Società nel "Servizio Malattia Medici", Viale di Villa Massimo, 39 00161 Roma, l'inizio della malattia e/o malattia in gravidanza e/o infortunio che comporti l'impossibilità di prestare la propria opera e la sostituzione con altro medico, entro dieci giorni dall'inizio della malattia stessa, ovvero dalla dimissione dall'Istituto di Cura, ovvero da quando comunque ne abbia avuto la possibilità (con la prova dell'impossibilità).

Detta comunicazione deve contenere il luogo di reperibilità dell'Assicurato durante il periodo di sostituzione, nonché un certificato medico con diagnosi e prognosi di malattia e/o malattia in gravidanza e/o infortunio, attestante l'inabilità temporanea e assoluta allo svolgimento dell'attività professionale. In caso di grave traumatismo, certificato – corredato di referto radiologico - rilasciato da Istituto di Cura (pronto soccorso, ecc.) o dal medico che ha prestato il primo soccorso con diagnosi e prognosi e che attesti l'avvenuta immobilizzazione.

Pag. 3/15

L'Assicurato deve inoltre esibire la seguente documentazione:

1. certificato medico – con diagnosi e prognosi - o dichiarazione di ricovero 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);
2. dichiarazione rilasciata dalla A.S.L., 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. certificazione medica e dichiarazione rilasciata dalla A.S.L., che attesti l'avvenuta sostituzione per un periodo continuativo di almeno 40 giorni, in caso di assenza per grave traumatismo;
4. fotocopia, con diritto della Società di richiesta di esibizione degli originali, delle distinte dei pagamenti effettuati dalla A.S.L. all'Assicurato nei tre mesi antecedenti la malattia;
5. fattura in originale o ricevuta fiscalmente valida rilasciata dal medico sostituto, quietanzata per avvenuto pagamento, che riporti la descrizione del servizio reso (sostituzione) e del periodo durante il quale il servizio stesso è stato effettuato;
6. certificato di avvenuta guarigione con relativa data di ripresa lavoro o di continuazione oltre il trentesimo giorno;
7. autocertificazione attestante 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.

Art. A4. Termini per la liquidazione. La Società, se non esiste controversia, provvederà al pagamento del rimborso entro venti giorni dal ricevimento dell'esatta e completa documentazione di cui al precedente art. A3. La Società si riserva comunque il diritto di controllare il regolare versamento sia da parte dell'A.S.L. 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.

Tuttavia, in caso di mancato versamento dei premi da parte dell'A.S.L. e/o dell'ENPAM (cfr. art. E1 della presente polizza), la Società s'impegna ad effettuare la liquidazione dei rimborsi, anche in assenza del regolare versamento dei premi da parte sia delle AA.SS.LL. sia dell'ENPAM, purché il ritardo non superi i dieci mesi dall'ultimo giorno del mese d'accadimento del sinistro.

B) INFORTUNI

DEFINIZIONI PARTICOLARI

1. *Indennizzo*: la somma dovuta dalla Società in caso di sinistro
2. *Infortunio*: ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili, le quali abbiano per conseguenza la morte o un'invalidità permanente
3. *Invalidità Permanente*: la perdita permanente, definitiva ed irrimediabile, in misura parziale o totale, della capacità generica dell'Assicurato allo svolgimento dell'attività di medico di assistenza primaria
4. *Malattia*: ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio
5. *Rischi professionali*: gli infortuni che l'Assicurato subisca nell'esercizio delle occupazioni professionali principali dichiarate
6. *Rischi extraprofessionali*: gli infortuni che l'Assicurato subisca nello svolgimento di ogni normale attività non avente carattere professionale, inerente le occupazioni familiari e domestiche, il tempo libero, la pratica di hobby ed in generale qualsiasi manifestazione della vita quotidiana

Art. B1 – Oggetto dell'assicurazione

L'assicurazione vale per i rischi professionali ed extraprofessionali

Sono considerati infortuni e compresi nell'assicurazione:

- a) le conseguenze dei colpi di sole, di calore e di freddo e le folgorazioni;
- b) le conseguenze di ingestione di sostanze dovute a causa fortuita, restando comunque escluse le conseguenze di intossicazioni dovute ad abuso di alcoolici e di psicofarmaci o ad uso di sostanze stupefacenti o allucinogene;
- c) l'asfissia per fuga di gas o vapori;
- d) l'annegamento;
- e) le lesioni corporali sofferte per legittima difesa, per dovere di solidarietà umana in occasione di aggressioni e di atti violenti subiti, anche se dovuti a movente politico, sociale, sindacale o terrorismo, nonché quelle sofferte in occasione di tumulti popolari ai quali l'Assicurato non abbia preso parte attiva;

Pag 4/15

- f) le conseguenze delle infezioni nonché degli avvelenamenti causati da morsi di animali e punture di insetti, esclusa comunque la malaria;
- g) le conseguenze di operazioni chirurgiche o di trattamenti resi necessari da infortuni indennizzabili a termine di polizza;

Sono altresì compresi dalla presente assicurazione:

- h) **colpa grave** – gli infortuni sofferti in conseguenza di imperizie, imprudenze e negligenze gravi (a parziale deroga dell'art. 1900 del Codice Civile) nonché, in stato di malore o di incoscienza;
- i) **pratica sportiva** – gli infortuni derivanti dalla pratica di qualsiasi sport, ad eccezione di paracadutismo e degli sport aerei in genere.

Art. B2 – Ernie e sforzi

Sono considerati infortuni le ernie da causa violenta nonché le lesioni muscolari da sforzi, con l'intesa che se l'ernia, anche se bilaterale, non risulti operabile, viene corrisposta un'indennità, a titolo di invalidità permanente, non superiore al 20% della relativa somma assicurata.

Art. B3 – Trasporti

L'assicurazione vale per gli infortuni derivanti dall'uso e guida di qualsiasi veicolo o natante a motore a condizione che l'Assicurato sia abilitato a norma delle disposizioni di legge, esclusi i mezzi subacquei ed aerei.

Art. B4 – Rischio volo

L'assicurazione comprende gli infortuni che dell'Assicurato subisca durante i viaggi aerei effettuati in qualità di passeggero di velivoli ed elicotteri eserciti da società di traffico aereo regolare, non regolare e di trasporto a domanda, nonché da autorità civili e militari in occasione di traffico civile, da ditte e privati per attività turistica e di trasferimento e da società di lavoro aereo, esclusivamente durante trasporto pubblico passeggeri, ed è prestata per le somme corrispondenti a quelle assicurate con la presente polizza e per i rischi da essa previsti. Restano in ogni caso esclusi i voli effettuati su velivoli ed elicotteri eserciti da aeroclub, salvo casi comprovati di forza maggiore per prestazioni professionali e rispetto del codice deontologico. In tal caso è previsto un massimo indennizzo per evento di euro 500.000.

Comunque, la somma delle garanzie di cui alla presente polizza e di eventuali altre assicurazioni stipulate dallo stesso Contraente, dall'Assicurato o da terzi in suo favore non potrà superare i capitali di:

- euro 1.200.000,00 per il caso di invalidità totale;
- euro 1.200.000,00 per il caso di morte;

per persona e di:

- euro 7.500.000,00 per il caso di invalidità permanente totale;
- euro 7.500.000,00 per il caso di morte;

complessivamente per aeromobile, nel caso di assicurazione prestata con polizza cumulativa.

In detta limitazione per aeromobile rientrano anche i capitali riferentisi ad eventuali altre persone assicurate per lo stesso rischio con altre polizze del medesimo tipo di capitolato stipulate dallo stesso Contraente con la Società.

Nell'eventualità che i capitali complessivamente assicurati eccedessero gli importi sopraindicati, gli indennizzi spettanti in caso di sinistro saranno adeguati con riduzione ed imputazione proporzionale sui singoli contratti.

Art. B5 – Movimenti tellurici – eruzioni vulcaniche – inondazioni

L'assicurazione s'intende estesa agli infortuni derivanti da movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche, inondazioni.

Art. B6 – Stato di guerra ed insurrezione

A parziale deroga di quanto previsto dal successivo art. B10 la garanzia s'intende estesa agli infortuni derivanti da stato di guerra (dichiarata o non dichiarata) e d'insurrezione per il periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità se ed in quanto l'Assicurato risulti sorpreso dallo scoppio degli eventi bellici mentre si trova all'estero in un paese sino ad allora in pace.

Sono comunque esclusi dalla garanzia gli infortuni derivanti dalla predetta causa che colpissero l'Assicurato nel territorio della Repubblica Italiana, dello Stato della Città del Vaticano e della Repubblica di San Marino. La presente estensione di garanzia non opera in caso d'infortuni aeronautici e per coloro che prestano servizio militare.

Art. B7 – Malattie tropicali

L'assicurazione s'intende estesa alle malattie tropicali previste dalle disposizioni di legge in materia.

La garanzia viene prestata fino a concorrenza delle somme stabilite per le garanzie infortuni e con un massimo di euro 300.000 per Morte ed euro 300.000 per Invalidità Permanente. La somma assicurata per invalidità permanente è soggetta ad una franchigia relativa al 20%. Pertanto non si farà luogo ad indennizzo per invalidità permanente quando questa supera il 20% della totale verrà corrisposto l'indennizzo in rapporto al grado di invalidità permanente residuo.

Art. B8 – Persone non assicurabili

L'assicurazione vale per le persone assicurate fino all'età prevista dall'A.C.N. e comunque non superiore ai 75 anni. Per quelle che superano tale limite di età, l'assicurazione cessa alla prima scadenza annuale del premio senza che in contrario possa essere opposto l'eventuale incasso di premi scaduti successivamente, premi che in tal caso verranno restituiti. L'assicurazione cessa nel momento in cui l'assicurato perde il requisito per esercitare l'attività di Medico di Assistenza Primaria in regime di convenzione, secondo quanto disposto dagli articoli previsti nel vigente A.C.N.

Art. B9 – Limiti:

- *Territoriali*: l'assicurazione vale in tutto il mondo.
- *Per evento catastrofale*: in caso di infortunio che colpisce contemporaneamente più persone assicurate in conseguenza di un unico evento, l'esborso massimo complessivo a carico della Società non potrà superare l'importo di euro 10.000.000 qualunque sia il numero delle persone infortunate assicurate con la presente polizza e con eventuali altre stipulate per lo stesso rischio con l'infrascritta Società.

Art. B10 – Esclusioni

Sono esclusi dall'assicurazione:

1. gli infortuni avvenuti in occasione di guerra ed insurrezione (salvo quanto previsto dal precedente art.B6);
2. gli infortuni derivanti dalla partecipazione a corse e gare (e relative prove o allenamenti) comportanti l'uso di veicoli o natanti a motore, salvo che si tratti di gare di regolarità pura;
3. gli infortuni causati da ubriachezza, abuso di psicofarmaci, uso di sostanze stupefacenti o allucinogene; nonché quelli avvenuti in stato di epilessia, non controllata da terapia;
4. gli infortuni derivanti da delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;
5. le conseguenze di operazioni chirurgiche o di trattamenti non resi necessari da infortunio;
6. le conseguenze dirette od indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo, come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;
7. le conseguenze dirette o indirette di contaminazioni chimiche o biologiche a seguito di atti di terrorismo.

Cumulo dell'indennità. L'indennizzo liquidato per morte o invalidità permanente da infortunio "extraprofessionale" non è cumulabile, per un medesimo evento, con l'indennizzo dovuto a morte o invalidità permanente da infortunio "extraprofessionale" in qualità di Medico di Continuità Assistenziale, nel caso in cui il Medico di Assistenza Primaria esplicasse il doppio incarico.

PRESTAZIONI

Art. B11 – Invalidità Permanente da infortunio

Somma assicurata: 150.000,00 euro

Se l'infortunio ha per conseguenza una invalidità permanente e questa si verifichi entro 2 anni dal giorno nel quale l'infortunio è avvenuto, la Società liquida l'indennizzo calcolandolo sulla somma assicurata per invalidità permanente totale secondo le disposizioni seguenti ed in base alle percentuali indicate nella tabella di cui all'allegato 1 del D.P.R. 30 giugno 1965 n. 1124, come in vigore al 24 luglio 2000, con rinuncia della Società all'applicazione della franchigia relativa prevista dalla legge.

La perdita assoluta ed irrimediabile dell'uso funzionale di un organo o di un arto viene considerata come perdita anatomica dello stesso: se trattasi di minorazione, le percentuali stabilite dalla tabella vengono ridotte in proporzione alla funzionalità perduta.

Nei casi di perdita anatomica o funzionala ledi più parti di organi o arti in uno stesso infortunio, l'indennità viene stabilita mediante l'addizione delle percentuali corrispondenti ad ogni singola lesione, fino al limite massimo del 100%.

In caso di asportazione parziale di una falange terminale delle dita, la Società riconoscerà una percentuale di invalidità pari al 50% di quella attribuita alla falange stessa in caso di asportazione totale.

Nei casi invalidità permanente non specificati nella tabella, l'indennizzo si stabilisce tenendo conto, con riguardo alle percentuali dei casi elencati, della misura nella quale è per sempre diminuita la capacità generica dell'Assicurato a svolgere l'attività di Medico di Assistenza Primaria.

In caso di perdita anatomica o di riduzione funzionale di un organo o di un arto già minorato, le percentuali di cui trattasi sono diminuite tenendo conto del grado d'invalidità preesistente.

In caso di constatato mancinismo, le percentuali d'invalidità permanente stabilite dalla suddetta tabella di legge per l'arto superiore destro e la mano destra varranno per l'arto superiore sinistro e la mano sinistra e viceversa.

Il diritto all'indennizzo per invalidità permanente è di carattere personale e quindi non trasmissibile agli eredi. Tuttavia, se l'Assicurato muore per causa indipendente dall'infortunio dopo che l'indennizzo sia stato liquidato o comunque offerto in misura determinata, la Società paga ai beneficiari l'importo liquidato o offerto.

Art. B12 – Franchigia assoluta per invalidità permanente da infortunio

La somma assicurata per invalidità permanente da infortunio è soggetta alle seguenti franchigie assolute:

- per le invalidità permanenti di grado inferiore o pari al 10% della totale non si fa luogo ad indennizzo;
- per le invalidità permanenti di grado superiore al 10% della totale ma inferiore al 50%, si liquida l'indennizzo solo per la parte eccedente il 10%;
- per le invalidità permanenti di grado pari o superiore al 50% della totale la percentuale di indennizzo verrà calcolata come risulta dalla seguente tabella:

% di invalidità permanente	% da liquidare
50,00	50,00
51,00	53,00
52,00	56,00
53,00	59,00
54,00	62,00
55,00	65,00
56,00	68,00
57,00	71,00
58,00	74,00
59,00	77,00
60,00	80,00
61,00	83,00
62,00	86,00
63,00	89,00
64,00	92,00
65,00	95,00
66,00	98,00
67,00	100,00

Tuttavia se l'infortunio ha per conseguenza una invalidità permanente pari o superiore al 60% dalla quale ne consegua la perdita dei requisiti ad esercitare l'attività di Medico di Assistenza Primaria in regime di convenzione, verrà liquidato un importo pari al **100%** della somma assicurata.

Art. B13 – Morte

Somma assicurata: 100.000,00 euro

Se l'infortunio ha per conseguenza la morte dell'Assicurato e questa si verifichi entro 2 anni dal giorno nel quale l'infortunio è avvenuto, la Società liquida la somma assicurata per il caso di morte in parti uguali agli eredi legittimi o testamentari.

Gli indennizzi per morte e invalidità permanente, non sono cumulabili; tuttavia se dopo il pagamento di un indennizzo per invalidità permanente, ma entro due anni dal giorno dell'infortunio ed in conseguenza di questo, l'Assicurato muore, la Società corrisponde ai beneficiari la differenza fra l'indennizzo pagato e quello assicurato per il caso di morte, ove questa sia superiore, e non chiede il rimborso in caso contrario.

Art. B14 – Morte presunta

Qualora a seguito di infortunio indennizzabile a termini di polizza il corpo dell'Assicurato scompaia o non venga ritrovato e si presume sia avvenuto il decesso, la Società liquiderà la somma prevista per il caso di morte.

La liquidazione, sempre che non sia nel frattempo emersi elementi tali da rendere il danno non indennizzabile, non avverrà prima che siano trascorsi 180 giorni dalla presentazione dell'istanza per la dichiarazione di morte presunta proposta a termini degli artt. 60 e 62 Codice Civile.

Nel caso in cui, successivamente al pagamento, risulti che la morte non si è verificata o che comunque non è dipesa da infortunio indennizzabile, la Società avrà diritto al rimborso dell'intera somma liquidata.

A restituzione avvenuta dell'intera somma liquidata, l'Assicurato potrà far valere i propri diritti per l'invalidità permanente eventualmente subita.

Art. B15 – Assicurazione in base al numero delle persone assicurate o ad altre forme di indicazione non nominativa delle persone assicurate

Si intendono valide le seguenti condizioni:

a) Esonero denuncia infermità, difetti fisici e mutilazioni

Il Contraente è esonerato dall'obbligo di denunciare le infermità da cui i singoli Assicurati fossero affetti al momento della stipulazione della presente polizza o che dovessero in seguito sopravvenire, fermo restando il disposto dell'art. B19 (Criteri di indennizzabilità).

b) Esonero denuncia altre assicurazioni

A parziale deroga di quanto previsto dalle condizioni generali di assicurazione, il Contraente è esonerato dall'obbligo di denunciare le altre eventuali assicurazioni che i singoli Assicurati avessero in corso o stipulassero in proprio per lo stesso rischio.

c) Numero

Il Contraente è esonerato dall'obbligo di denunciare le generalità delle persone da ritenersi assicurate. Tali persone dovranno essere in condizioni di assicurabilità a norma dell'art. B8 delle presenti condizioni generali di assicurazione.

Per l'identificazione delle medesime si fa riferimento alla vigenza dell'attribuzione dell'incarico di Medico di Assistenza Primaria secondo quanto disposto dall'ACN al momento dell'accadimento del sinistro, documenti che il Contraente stesso si obbliga ad esibire in qualsiasi momento alle persone incaricate dalla Società di effettuare accertamenti e controlli.

Art. B16 – Denuncia dell'infortunio

La denuncia dell'infortunio, - con l'indicazione del luogo, giorno ed ora dell'evento e delle cause che lo hanno determinato - corredata di referto del pronto soccorso o del medico che ha prestato il primo soccorso, deve essere fatta entro 15 giorni dall'infortunio o dal momento in cui l'Assicurato od i suoi aventi diritto ne abbiano avuto la possibilità. Successivamente l'Assicurato deve inviare, sino a guarigione avvenuta, certificati medici sul decorso delle lesioni.

Quando l'infortunio abbia cagionato la morte dell'Assicurato o quando questa sopravvenga durante il periodo di cura, deve esserne dato immediato avviso alla Società.

L'Assicurato, i suoi familiari od aventi diritto, devono acconsentire alla visita di medici della Società ed a qualsiasi indagine od accertamento o richiesta di ulteriore documentazione che questa ritenga necessari, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che hanno visitato e curato l'Assicurato stesso.

Se non viene adempiuto intenzionalmente all'obbligo della denuncia ed agli altri obblighi indicati nei commi precedenti, l'Assicurato ed i suoi aventi diritto perdono il diritto all'indennizzo; se a tali obblighi non viene adempiuto colposamente, la Società ha il diritto di ridurre l'indennizzo in ragione del pregiudizio sofferto.

Art. B17 – Criteri di indennizzabilità

La Società corrisponde l'indennizzo soltanto per le conseguenze dirette ed esclusive dell'infortunio che risulti indennizzabile a termine di polizza, indipendentemente da condizioni fisiche o patologiche preesistenti o sopravvenute; pertanto l'influenza che l'infortunio può aver esercitato su tali condizioni, come pure il pregiudizio che esse possono portare all'esito delle lesioni prodotte dall'infortunio, sono conseguenze indirette e quindi non indennizzabili.

Nei casi di preesistenti mutilazioni o difetti fisici, l'indennizzo per invalidità permanente è liquidato per le sole conseguenze dirette cagionate dall'infortunio come se esso avesse colpito una persona fisicamente integra, senza riguardo al maggior pregiudizio derivato dalle condizioni preesistenti.

Art. B18 – Liquidazione, Penali e Regolarità Amministrativa

LIQUIDAZIONE. Ricevuta la necessaria e completa documentazione e compiuta la visita definitiva, la Società formula la proposta per l'indennizzo che risulta dovuto o respinge la richiesta e ne dà comunicazione agli interessati entro 30 giorni lavorativi, dall'effettuazione della visita definitiva da parte del fiduciario della Società. Avuta notizia dell'accettazione della proposta, provvede al pagamento entro 15 giorni lavorativi dalla ricezione della proposta controfirmata per accettazione da parte dell'assicurato.

PENALI. Sono previste penali, a carico della Società, qualora non venissero rispettati i tempi sopraindicati. In particolare:

- A) Caso Morte da Infortunio – qualora la Società liquidasse il capitale previsto in assicurazione a partire dal trentunesimo giorno lavorativo successivo all'acquisizione della necessaria documentazione completa, la Società stessa dovrà corrispondere ai beneficiari dell'assicurazione la somma forfettaria di euro cinquemila, oltre all'indennizzo dovuto.
- B) Caso Invalidità Permanente da Infortunio;
 - 1) qualora la Società formulasse la proposta di indennizzo a partire dal trentunesimo giorno lavorativo successivo dall'effettuazione della visita definitiva da parte del fiduciario della Società, la Società stessa dovrà corrispondere ai beneficiari dell'assicurazione la somma forfettaria di euro cinquecento, oltre all'indennizzo dovuto.
 - 2) qualora la Società formulasse la proposta d'indennizzo a partire dal quarantacinquesimo giorno lavorativo successivo dall'effettuazione della visita definitiva da parte del fiduciario della Società, la Società stessa dovrà corrispondere ai beneficiari dell'assicurazione la somma forfettaria di euro millecinquecento, oltre all'indennizzo dovuto.
 - 3) qualora la Società liquidasse l'indennizzo a partire dal sedicesimo giorno lavorativo successivo alla ricezione della proposta dell'indennizzo controfirmata per accettazione da parte dell'assicurato, la Società stessa dovrà corrispondere ai beneficiari dell'assicurazione la somma forfettaria di euro millecinquecento, oltre all'indennizzo dovuto.
 - 4) qualora la Società liquidasse l'indennizzo a partire dal trentunesimo giorno lavorativo successivo alla ricezione della proposta d'indennizzo controfirmata per accettazione da parte dell'assicurato, la Società stessa dovrà corrispondere ai beneficiari dell'assicurazione la somma forfettaria di euro millecinquecento, oltre all'indennizzo dovuto.

REGOLARITA' AMMINISTRATIVA. La Società si riserva comunque il diritto di controllare il regolare versamento sia da parte dell'A.S.L. 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.

Tuttavia, in caso di mancato versamento dei premi da parte dell'A.S.L. e/o dell'ENPAM (cfr. art. E1 della presente polizza), la Società s'impegna ad effettuare la liquidazione degli indennizzi, anche in assenza del regolare versamento dei premi da parte sia delle AA.SS.LL. sia dell'ENPAM, purché il ritardo non superi i dieci mesi dall'ultimo giorno del mese d'accadimento del sinistro.

L'indennizzo viene corrisposto in Italia nella valuta avente corso legale in Italia.

Art. B19 – Anticipi

La Società, su richiesta dell'Assicurato, corrisponde un anticipo dell'indennizzo per le garanzie operanti, da imputarsi nella liquidazione definitiva delle stesse con il massimo di euro 50.000, nel caso d'invalidità permanente (art. B11), quando l'accertamento definitivo sia rinviato ad oltre 2 anni dal giorno dell'infortunio.

C) INVALIDITA' PERMANENTE DA MALATTIA**Art. C1 - Oggetto dell'assicurazione**

Somma assicurata: 125.000,00 euro

L'assicurazione viene estesa al caso di invalidità permanente conseguente a malattia.

L'assicurazione non comprende le invalidità permanenti derivanti direttamente o indirettamente da:

- a) stati invalidanti, preesistenti alla stipulazione del contratto;*
- b) situazioni patologiche manifestatesi – cioè diagnosticate e/o curate antecedentemente la data di stipulazione del presente contratto;*
- c) malattie mentali;*
- d) abuso di alcoolici od uso, a scopo non terapeutico, di psicofarmaci e di stupefacenti;*
- e) trasmutazione del nucleo dell'atomo come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche, salvo che siano causate da radiazioni conseguenti a terapie mediche necessarie per la cura di malattie dell'Assicurato;*
- f) sieropositività HIV e sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS).*

Tuttavia per le conseguenze dirette ed indirette di malattie pregresse alla stipula della polizza e/o all'entrata in garanzia che abbiano avuto guarigione clinica o silenzio sintomatologico per 10 anni dall'entrata in garanzia del medico assicurato si procederà alla liquidazione del capitale assicurato in caso di IPM accertata superiore al 60% o nel caso in cui la malattia comporti la cessazione del rapporto convenzionale di Medico di Assistenza Primaria sempreché l'IPM accertata sia non inferiore al 50%.

A parziale deroga di quanto sopra previsto le invalidità permanenti derivanti direttamente o indirettamente da Sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS) si procederà alla liquidazione del capitale assicurato in caso di IPM accertata superiore al 60% o nel caso in cui la malattia comporti la cessazione del rapporto convenzionale di Medico di Assistenza Primaria sempreché l'IPM accertata sia non inferiore al 50%.

Art. C2 - Denuncia della malattia o della invalidità – Obblighi dell'Assicurato

La denuncia della malattia che possa comportare – secondo parere medico – invalidità permanente, deve essere presentata alla Società entro 30 giorni dalla sua diagnosi oppure dal momento in cui l'Assicurato ne abbia avuta la possibilità.

L'Assicurato deve inviare alla Società, certificati medici, copia delle cartelle cliniche ed ogni altro documento che attesti il decorso e le conseguenze della malattia. Trascorsi 180 giorni dalla denuncia della malattia e comunque non oltre 540 giorni dalla data della stessa, l'Assicurato deve presentare certificazione medica attestante l'invalidità permanente direttamente ed esclusivamente residuata dalla malattia denunciata, richiedendo gli accertamenti del caso da parte della Società. La Società risponde delle denunce presentate entro 180 giorni dalla data di cessazione dell'assicurazione.

L'Assicurato, i suoi familiari od aventi diritto, devono acconsentire alla visita di medici della Società ed a qualsiasi indagine od accertamento o richiesta di ulteriore documentazione che questa ritenga necessari, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che hanno visitato e curato l'Assicurato stesso.

Art. C3 - Criteri di indennizzabilità

La Società corrisponde l'indennizzo soltanto per le conseguenze dirette ed esclusive della singola malattia denunciata ed indennizzabile a termini di polizza indipendentemente dal maggior pregiudizio derivante da situazioni patologiche o infermità preesistenti alla stipulazione del contratto e/o mutilazioni o difetti fisici.

Art. C4 - Cumulo dell'indennità

L'indennizzo liquidato per invalidità permanente da malattia non è cumulabile, per un medesimo evento, con l'indennizzo dovuto a titolo di invalidità permanente da infortunio.

L'indennizzo liquidato per invalidità permanente da malattia non è altresì cumulabile, per un medesimo evento, con l'indennizzo dovuto a titolo di invalidità permanente da malattia in qualità di medico di continuità assistenziale, nel caso in cui il medico di assistenza primaria esplicasse il doppio incarico.

Art. C5 - Invalidità permanente parziale

Se la malattia ha per conseguenza una invalidità permanente la Società liquida a tale titolo, un indennizzo applicando alla somma assicurata per invalidità permanente totale la percentuale individuata nella seguente tabella in corrispondenza del grado di invalidità accertata.

Nella colonna A è riportata la percentuale di invalidità permanente accertata, nella colonna B è riportata la percentuale di indennizzo da liquidare.

A Grado Accertato di invalidità	B % da liquidare	A Grado Accertato di invalidità	B % da liquidare	A Grado Accertato di invalidità	B % da liquidare	A Grado Accertato di invalidità	B % da liquidare
Inferiore a 25	0	36	23	48	47	77	90
25	1	37	25	Da 49 a 66	= alla % accertata	78	93
26	3	38	27	67	68	79	97
27	5	39	29	68	70	80 e oltre	100
28	7	40	31	69	72	-----	-----
29	9	41	33	70	74	-----	-----
30	11	42	35	71	76	-----	-----
31	13	43	37	72	78	-----	-----
32	15	44	39	73	80	-----	-----
33	17	45	41	74	82	-----	-----
34	19	46	43	75	84	-----	-----
35	21	47	45	76	87	-----	-----

Tuttavia se la malattia ha per conseguenza una invalidità permanente pari o superiore al 60% dalla quale ne consegua la perdita dei requisiti ad esercitare l'attività di Medico di Assistenza Primaria in convenzione, verrà liquidato un importo pari al 100% della somma assicurata.

Art. C6 – Liquidazione, Penali e Regolarità Amministrativa

LIQUIDAZIONE. Ricevuta la necessaria e completa documentazione e compiuta la visita definitiva, la Società formula la proposta per l'indennizzo che risulta dovuto o respinge la richiesta e ne dà comunicazione agli interessati entro 30 giorni lavorativi, dall'effettuazione della visita definitiva da parte del fiduciario della Società. Avuta notizia dell'accettazione della proposta, provvede al pagamento entro 15 giorni lavorativi dalla ricezione della proposta controfirmata per accettazione da parte dell'assicurato.

PENALI. Sono previste penali, a carico della Società, qualora non venissero rispettati i tempi sopraindicati. In particolare:

1. qualora la Società formulasse la proposta di indennizzo a partire dal trentunesimo giorno lavorativo successivo dall'effettuazione della visita definitiva da parte del fiduciario della Società, la Società stessa dovrà corrispondere ai beneficiari dell'assicurazione la somma forfettaria di euro cinquecento, oltre all'indennizzo dovuto.
2. qualora la Società formulasse la proposta d'indennizzo a partire dal quarantacinquesimo giorno lavorativo successivo dall'effettuazione della visita definitiva da parte del fiduciario della Società, la Società stessa dovrà corrispondere ai beneficiari dell'assicurazione la somma forfettaria di euro millecinquecento, oltre all'indennizzo dovuto.
3. qualora la Società liquidasse l'indennizzo a partire dal sedicesimo giorno lavorativo successivo alla ricezione della proposta dell'indennizzo controfirmata per accettazione da parte dell'assicurato, la Società stessa dovrà corrispondere ai beneficiari dell'assicurazione la somma forfettaria di euro millecinquecento, oltre all'indennizzo dovuto.

4. qualora la Società liquidasse l'indennizzo a partire dal trentunesimo giorno lavorativo successivo alla ricezione della proposta d'indennizzo controfirmata per accettazione da parte dell'assicurato, la Società stessa dovrà corrispondere ai beneficiari dell'assicurazione la somma forfettaria di euro millecinquecento, oltre all'indennizzo dovuto.

REGOLARITA' AMMINISTRATIVA. La Società si riserva comunque il diritto di controllare il regolare versamento sia da parte dell'A.S.L. 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.

Tuttavia, in caso di mancato versamento dei premi da parte dell'A.S.L. e/o dell'ENPAM (cfr. art. E1 della presente polizza), la Società s'impegna ad effettuare la liquidazione degli indennizzi, anche in assenza del regolare versamento dei premi da parte sia delle AA.SS.LL. sia dell'ENPAM, purché il ritardo non superi i dieci mesi dall'ultimo giorno del mese d'accadimento del sinistro.

L'indennizzo viene corrisposto in Italia nella valuta avente corso legale in Italia.

D) CONDIZIONI AGGIUNTIVE (comuni alle sez. A, B e C)

Art. D1 – Monitoraggio dell'andamento tecnico

Resta inteso fra le parti che l'andamento tecnico delle garanzie prestate nelle sezioni A, B e C della presente polizza sarà monitorato con cadenza biennale al fine di apportare miglioramenti o correttivi alle garanzie prestate.

Art. D2 – Controversie – Commissione Paritetica

In caso di significativa divergenza sulla natura e/o sulla durata dell'evento (per la sez. A), sulla natura o sulle conseguenze delle lesioni, sul grado di invalidità permanente (per le sez. B e C) nonché sull'applicazione dei criteri di indennizzabilità di cui agli artt. A2, B17 e C3, le Parti demandano alla Commissione Paritetica la valutazione – al fine di una composizione amichevole – se e in quale misura siano dovuti gli indennizzi, a norma e nei limiti delle Condizioni di polizza. In caso di persistente disaccordo fra le Parti rimane fermo l'obbligo di conferimento al Collegio arbitrale come di seguito normato.

La Commissione Paritetica sarà formata da una rappresentanza della Società e da un rappresentante competente in materia di ciascuna delle O.O.S.S. contraenti, che s'incontreranno presso la sede dell'agenzia alla quale è assegnato il contratto.

Qualora non si sia ricorsi alla Commissione Paritetica oppure nel caso in cui, dopo il ricorso alla Commissione Paritetica la divergenza persista, per ogni divergenza In caso di controversie sulla natura e/o sulla durata dell'evento (per la sez. A), sulla natura o sulle conseguenze delle lesioni, sul grado di invalidità permanente nonché sull'applicazione dei criteri di indennizzabilità di cui agli artt. A2, B17 e C3, le Parti si obbligano a conferire, con scrittura privata, mandato di decidere se ed in quale misura siano dovuti gli indennizzi, a norma e nei limiti delle condizioni di polizza, ad un collegio di tre medici nominati uno per parte ed il terzo dalle Parti di comune accordo; o, in caso contrario, dal Presidente del Consiglio dell'ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo dove deve riunirsi il collegio medico.

Il collegio medico risiede nel Comune, sede di Ordine dei Medici nella provincia del luogo di residenza dell'Assicurato.

Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze del terzo medico.

Le decisioni del collegio medico sono vincolanti per le Parti, anche se uno dei medici si rifiuti di firmare il relativo verbale; tale rifiuto deve essere attestato nel verbale definitivo.

Per le prestazioni di invalidità permanente da infortunio (sez B), è data facoltà al collegio di rinviare, ove ne riscontri l'opportunità, l'accertamento definitivo dell'invalidità permanente ad epoca da fissarsi dal collegio stesso, entro 2 anni, in tal caso il collegio può disporre la concessione di un anticipo secondo quanto stabilito dal precedente art. B19.

La Commissione Paritetica sarà anche il referente per il monitoraggio degli andamenti della polizza di cui all'art. D1.

Le procedure operative saranno concordate separatamente fra le Parti.

E) DISPOSIZIONI VARIE (comuni alle sez. A, B e C)

Art. E1) Premio e sua regolazione.

Il premio finito di assicurazione è pari a quanto convenuto nella Premessa di polizza al punto 2.

Ciascuna A.A.S.S.L.L. - con le stesse scadenze previste per il versamento del contributo previdenziale - versa il sopraindicato premio assicurativo di sua pertinenza all'ENPAM affinché lo stesso provveda a riversarlo - secondo quanto stabilito nel protocollo Sindacati Firmatari - Enpam - alle Assicurazioni Generali S.p.A. Agenzia Speciale 63j (Unicredit Banca d'Impresa S.p.A., Roma Centro 06822, Iban IT44W0322603201000002739161).

Le AA.SS.LL. dovranno dar notizia dell'avvenuto versamento dei premi (specificando n° di mandato, data di versamento, importo e periodo di competenza) alle Assicurazioni Generali, Agenzia Speciale 63J **Servizio Malattia Medici** - Viale di Villa Massimo, 39 - 00161 Roma -, con riserva da parte della Società di richiedere gli elenchi nominativi dei medici cui i versamenti si riferiscono. Il premio di cui sopra è comprensivo di accessori e dell'imposta sulle assicurazioni vigenti e nessun altro onere a qualsiasi titolo sarà a carico del Contraente, degli Assicurati e dell'ENPAM stesso.

La polizza viene inviata all'ENPAM esclusivamente per presa d'atto ed a conferma che l'ENPAM stesso provvederà all'incasso dei premi ed al relativo versamento alle Assicurazioni Generali S.p.A. a partire da tale data, come sancito nel Protocollo fra Enpam e Sindacati Firmatari.

Il premio di polizza nella misura del contributo predetto è dovuto per l'intera annualità assicurativa anche se è concesso il frazionamento in più rate.

Per il medico nei cui riguardi cessi il rapporto con l'Azienda Sanitaria Locale nel corso dell'annualità assicurativa il premio e la relativa copertura saranno limitati all'effetto periodo di iscrizione nell'elenco dell'Azienda Sanitaria Locale.

Fra le parti resta inoltre convenuto che non sono dovute "riliquidazioni" dei sinistri già definiti secondo le modalità del precedente ACN.

Art. E2 – Dichiarazioni del Contraente – Forma delle comunicazioni

La Società presta il proprio consenso all'assicurazione e determina il premio unicamente in base alle dichiarazioni del Contraente sui dati e le circostanze oggetto di domanda da parte della Società. Tutte le comunicazioni alle quali è tenuto il Contraente nel corso del contratto devono essere fatte con lettera raccomandata.

Art. E3 – Foro competente

Per le azioni riguardanti l'esecuzione del presente contratto e per ogni controversia diversa da quelle previste dai precedenti art. A5, art. B20 e art. C7, foro competente è quello del luogo di residenza o sede del Contraente ovvero dell'Assicurato.

Art. E4 – Recesso in caso di sinistro

ABROGATO

Art. E5 – Decorrenza e Proroga dell'assicurazione

Il presente contratto avrà durata di un anno a decorrere dalle ore 24,00 del 31.12.2009 e s'intenderà rinnovato di anno in anno in mancanza di disdetta data da una delle Parti con lettera raccomandata almeno 60 giorni prima della scadenza.

Art. E6 – Rinuncia all'azione di rivalsa

La Società rinuncia al diritto di surroga derivante dall'art.1916 del Codice Civile verso il responsabile dell'infortunio, lasciando così integri i diritti dell'Assicurato e dei suoi aventi causa contro i responsabili dell'infortunio.

Art. E7 – Oneri

Tutti gli oneri, presenti e futuri, relativi al premio, alla polizza ed agli atti da essa dipendenti, sono a carico dell'assicurato secondo quanto stabilito dall'ACN, anche se il pagamento ne sia stato anticipato dalla Società.

Art. E8 – Rinvio alle norme di legge

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

Art. E9 – Coassicurazione.

L'Assicurazione è ripartita per quote fra le Società in appresso indicate:

1) Assicurazioni Generali S.p.A. (Delegataria):	80%
Agenzia Speciale di Roma 63J	
2) Unipol – Ugf Assicurazioni (Coassicuratrice):	17%
Agenzia Generale di Terni	
3) Fondiaria Sai (Coassicuratrice):	3%
Agenzia Roma Monteverde 742	

- a) Ciascuna di esse è tenuta alla prestazione in proporzione della rispettiva quota, quale risulta dal contratto, esclusa ogni responsabilità solidale.
- b) Tutte le comunicazioni inerenti al contratto, ivi comprese quelle relative al recesso ed alla disdetta, devono trasmettersi dall'una all'altra parte unicamente per il tramite delle Assicurazioni Generali S.p.A. all'uopo designata quale Coassicuratrice Delegataria.
- c) Ogni comunicazione si intende fatta o ricevuta dalla Delegataria nel nome e per conto di tutte le Coassicuratrici.
- d) Ogni modifica al contratto che richieda una nuova stipulazione scritta, impegna ciascuna di esse solo dopo la firma dell'atto relativo.
- e) La Delegataria è anche incaricata dalle Coassicuratrici dell'esazione dei premi o di importi comunque dovuti dal Contraente-Assicurato in dipendenza del contratto, contro rilascio delle relative quietanze; scaduto il premio la Delegataria può sostituire le quietanze eventualmente mancanti delle Coassicuratrici con altra propria rilasciata in loro nome.

=====

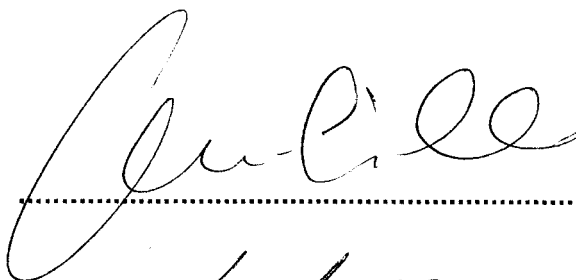
=====

Appendice redatta in nove esemplari.

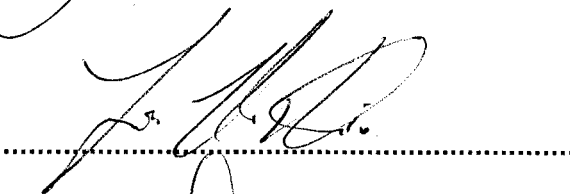
Roma, lì 25 novembre 2009

CONTRAENTE:

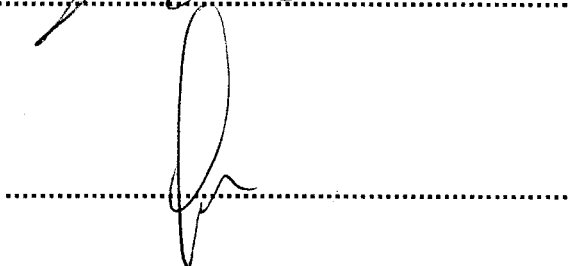
FIMMG



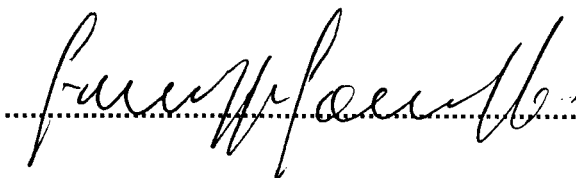
SNAMI



SMI



INTESA SINDACALE
CISL Medici- SIMET - SUMAI -CGIL Medici



ASSICURAZIONI GENERALI S.p.A.
Agenzia Speciale di Roma 63J

