



Generali Italia S.p.A.



ASSICURAZIONE RESPONSABILITÀ CIVILE

PROFESSIONALE PER ASSOCIATI

SIDELF

Società italiana Dermatologia
Legale e Forense

Via Martiri Risorgimento 1 - 73043 Copertino (Le)

CONVENZIONE AD ADESIONE FACOLTATIVA

Polizza N. 400347111

Pagina lasciata intenzionalmente bianca

Definizioni

Nel presente contratto si intende per

Assicurato/Aderente	Ciascun medico chirurgo specialista in Dermatologia iscritto all'associazione Contraente SIDELF - Società italiana Dermatologia Legale e Forense in regola con il versamento della quota associativa e che abbia aderito alla Convenzione versando il relativo premio.
Contraente della Convenzione	Il soggetto che stipula la polizza in favore degli Assicurati/Aderenti - Associazione SIDELF - Società italiana Dermatologia Legale e Forense , il quale, stipulando per conto altrui, è tenuto ad adempiere agli obblighi derivanti dalla polizza, salvo quelli che per loro natura non possono essere adempiuti che dagli Assicurati/Aderenti ⁽¹⁾ .
Convenzione/Polizza	Il contratto che regola la copertura assicurativa che vale per gli Iscritti all' Associazione SIDELF - Società italiana Dermatologia Legale e Forense.
Certificato di Assicurazione	Il documento che riporta gli estremi della copertura assicurativa riferita al singolo Assicurato/Aderente.
Cose	Sia gli oggetti materiali, sia gli animali.
Circostanze o fatti	“Circostanze” o “Fatti” di cui l'Assicurato/Aderente viene a conoscenza ma che non costituiscono Richiesta di Risarcimento e si intendono esclusivamente: 1) Relazione richiesta al professionista da parte della struttura sanitaria in merito ad un evento 2) Comunicazione da parte delle Strutture sanitarie e sociosanitarie e/o dei loro Assicuratori di instaurazione di giudizio promosso nei loro confronti da parte di terzo danneggiato o di avvio di trattative stragiudiziali con il danneggiato ⁽²⁾ .
Danni corporali	Morte o lesioni personali.
Danni materiali	Distruzione o deterioramento di beni fisicamente determinati.
Franchigia	Somma prestabilita che rimane a carico dell'Assicurato/Aderente espressa in un importo fisso.
Indagini Terapia Atti Invasivi	Tecnica diagnostica o terapeutica che comprende la puntura o l'incisione della cute o l'inserimento di uno strumento di materiale estraneo nell'organismo, compreso il trattamento infiltrativo (intendendo per tale la somministrazione a fini diagnostici e/o terapeutici di un farmaco o di altra sostanza, mediante l'Introduzione di ago di differente lunghezza e calibro che può essere effettuata in sede articolare, periarticolare, perinervosa, peritendinea e può essere preceduta da aspirazione/svuotamento, può essere effettuata con assistenza ecografica o TC), con o senza anestesia locale. Non sono considerati atti invasivi i prelievi venosi e le iniezioni intramuscolari od endovenose di farmaci o di soluzioni fisiologiche, nonché l'applicazione o rimozione di punti di sutura che non richiedano l'impiego di anestesie.
Intermediario.	Aon Spa.
Intervento Chirurgico	Intervento e/o procedura definiti nell'ambito della classificazione degli “interventi chirurgici e procedure diagnostiche terapeutiche” come indicato nella classificazione internazionale delle malattie ICD-9-CM (2007) e altri interventi e/o procedure a questi assimilabili, che vengono eseguiti in sala operatoria, con la presenza di un medico anestesista e/o l'assistenza di una equipe operatoria, se previsto dalla legge.
Modulo di Adesione	Il documento che raccoglie le informazioni fornite e le dichiarazioni rese dall'Assicurato/Aderente all'Atto dell'Adesione.

(1) Così come disposto dall'Art. 1891 del codice civile.

(2) Anche ai sensi e per gli effetti dell'Art. 13 della L. 24/2017 (c.d. legge Gelli).

Perdite patrimoniali	Danni patrimoniali (capitali, interessi e spese) che non sono la conseguenza diretta o indiretta di danni materiali o di danni corporali.
Periodo di Efficacia	Il periodo di tempo intercorrente tra la data di decorrenza e la data di scadenza della copertura assicurativa riportati nel Certificato di Assicurazione comprensivo della retroattività e della ultrattività di copertura dove prevista.
Richiesta di Risarcimento	<p>Quella che per prima tra le seguenti situazioni viene a conoscenza dell'Assicurato/Aderente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • la comunicazione scritta con la quale il Terzo manifesta all'Assicurato/Aderente l'intenzione di ritenerlo responsabile per Danni Corporali o Materiali e/o Perdite patrimoniali cagionati da presunto fatto colposo attribuibile all'Assicurato/Aderente stesso o a chi per lui e/o gli fa formale richiesta di essere risarcito per le conseguenze di tali Danni; • la citazione o la chiamata in causa dell'Assicurato/Aderente per presunto fatto colposo, nonché l'azione della Corte dei Conti, compreso l'invito a dedurre; • l'inchiesta giudiziaria promossa contro l'Assicurato/Aderente in relazione alle responsabilità previste dall'oggetto dell'Assicurazione; • il ricevimento da parte dell'Assicurato/Aderente dell'istanza di mediazione da parte di un organismo di mediazione o dell'invito a partecipare al tentativo di conciliazione⁽³⁾; • la Comunicazione Formale con la quale la Struttura Sanitaria di Appartenenza o la sua Impresa di Assicurazione mette in mora e manifesta all'Assicurato/Aderente l'intenzione di ritenerlo responsabile per colpa grave.
Sinistro	<p>Per l'assicurazione R.C. Professionale e R.C. Patrimoniale relativa al trattamento dei dati personali: la Richiesta di Risarcimento danni per i quali è prestata l'assicurazione (criterio cd. "claims made").</p> <p>Per l'assicurazione R.C. della conduzione dello studio il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata l'assicurazione (criterio cd. "loss occurrence").</p>
Studio Associato	Professionisti che esercitano la propria attività libero professionale nell'ambito della medesima disciplina specialistica organizzati come studi professionali associati o come società tra professionisti costituite ai sensi della legge 12 novembre 2011 n. 183 e del decreto interministeriale attuativo 8 febbraio 2013 n. 34. Restano, pertanto, comunque escluse le strutture aventi finalità commerciali aperte al pubblico quali a titolo esemplificativo ambulatori e poliambulatori , cliniche, case e centri di cura.

Condizioni di Assicurazione

Art. 1 - Oggetto dell'assicurazione

La presente Convenzione garantisce copertura assicurativa di responsabilità civile professionale nei termini che seguono a tutti i Medici Specializzati in Dermatologia iscritti all' Associazione SIDELF - Società italiana Dermatologia Legale e Forense che sono in regola con il versamento della quota associativa e che hanno aderito alla presente copertura pagando il relativo premio.

Il contratto di assicurazione è stipulato nella forma «claims made» a copertura delle richieste di risarcimento avanzate per la prima volta nei confronti del l'Assicurato/Aderente durante il periodo di efficacia della copertura assicurativa e da lui denunciate a Generali Italia durante lo stesso periodo. Il periodo di efficacia della copertura assicurativa può essere esteso a fronte del pagamento del relativo premio⁽⁴⁾.

(3) Art. 696 bis del codice di procedura civile.

(4) Si precisa che l'estensione della copertura a pagamento riguarda le ipotesi che non rientrano nei 10 anni precedenti alla data di decorrenza del Certificato di Assicurazione come individuate all'art 3 delle Condizioni di Assicurazione.

R.C. Professionale

a. R.C. Professionale

Generali Italia si obbliga a tenere indenne l'Assicurato/Aderente fino a concorrenza delle somme indicate sul Certificato di Assicurazione di quanto questi è tenuto a pagare a titolo di risarcimento (capitale, interessi e spese), quale civilmente responsabile ai sensi di legge per morte o lesioni personali (in seguito denominati danni corporali) e per distruzione o deterioramento di beni fisicamente determinati (in seguito denominati danni materiali), involontariamente cagionati a terzi, in conseguenza di errori personalmente commessi nell'esercizio della professione oggetto del contratto in qualità di libero professionista.

b. R.C. Professionale per colpa grave come dipendente pubblico del Servizio Sanitario Nazionale e R.C. Professionale per colpa grave come esercente la professione in Struttura Privata

Se l'Assicurato/Aderente ricopre la qualifica di dipendente pubblico del Servizio Sanitario Nazionale, Generali Italia si obbliga a tenere indenne l'Assicurato/Aderente, fino a concorrenza delle somme riportate sul Certificato di Assicurazione di quanto questi è tenuto a rimborsare all'Erario a seguito di sentenza definitiva pronunciata dalla Corte dei Conti con accertamento della colpa grave dell'Assicurato/Aderente in relazione a danni dallo stesso involontariamente cagionati a terzi per morte o lesioni personali (in seguito denominati danni corporali) e distruzione o deterioramento di beni fisicamente determinati (in seguito denominati danni materiali) per errori personalmente commessi nell'esercizio dell'attività assicurata, esercitata, come dipendente pubblico del Servizio Sanitario Nazionale in strutture sanitarie facente capo al sistema sanitario pubblico nazionale, compresa l'attività professionale eventualmente esercitata in regime intra moenia in conformità alle norme ed ai regolamenti vigenti.

Se l'Assicurato/Aderente esercita la sua professione presso struttura sanitaria privata, come dipendente della struttura stessa e/o in regime libero professionale ma senza assunzione di obbligazioni contrattuali nei confronti dei pazienti, Generali Italia si obbliga a tenere indenne l'Assicurato/Aderente, fino a concorrenza delle somme indicate in polizza, di quanto questi è tenuto a rimborsare a seguito di sentenza definitiva pronunciata dal Giudice competente con accertamento della colpa grave dell'Assicurato/Aderente in relazione a danni corporali o materiali dallo stesso involontariamente cagionati a terzi per errori personalmente commessi nell'esercizio dell'attività assicurata.

c. Estensioni di garanzia

L'assicurazione vale anche per la responsabilità civile derivante all'Assicurato/Aderente:

- dallo svolgimento dell'attività di dermochirurgia, intendendosi per tale quell'attività che consiste in interventi chirurgici a fini terapeutici attuati con o senza la presenza dell'anestesista, effettuati in anestesia topica, locale o loco-regionale anche presso lo studio dell'Assicurato/Aderente;
- dallo svolgimento di attività nell'ambito di eventi sportivi e gare nonché nell'ambito del servizio assistenziale di continuità o volontariato presso ONLUS (così come definita dall'Art. 10 del D.Lgs. 4 dicembre 1997, n.460);
- dall'impiego di apparecchi a raggi X e altre tecniche radianti e di immagine per scopi diagnostici e terapeutici;
- da prestazioni rese per obbligo di solidarietà umana così come previsto dal codice di deontologia professionale;
- per danni, corporali o materiali, e perdite patrimoniali conseguenti all'attività di formazione, docenza, resa nell'ambito delle competenze professionali possedute riferite alla professione garantita ai sensi della presente polizza incluse le attività di arbitrato, di CTU e di mediazione⁽⁵⁾;
- dall'impiego di sonde e/o cateteri e/o altre tecniche per esami, analisi, indagini diagnostiche e terapeutiche a carattere invasivo, utilizzate nell'ambito delle competenze acquisite della specifica professione assicurata in base alla polizza;
- dall'attività di rilascio di certificati di idoneità in genere, da cui sono conseguiti danni da morte o lesioni personali alla persona;
- derivanti dalla effettuazione di vaccinazioni somministrate in qualsiasi fascia di età;

(5) Ai sensi del decreto Ministeriale 18/10/2010 n.180 e successive modifiche e integrazioni.

- nello svolgimento della sua attività professionale per conto di associazioni di volontariato, del Servizio di Emergenza Sanitaria Nazionale 118 (restando comunque esclusa l'attività a bordo di ambulanze in qualità di medico rianimatore) o del servizio di continuità assistenza/emergenza territoriale (cd. guardia medica);
- per le lesioni personali, escluse le malattie professionali, cagionate ai lavoratori addetti ai luoghi di lavoro presso i quali egli è incaricato quale "medico competente"⁽⁶⁾, in conseguenza dell'effettuazione di accertamenti sanitari e rilascio di giudizi di idoneità alle mansioni cui i suddetti lavoratori sono adibiti. Tale garanzia è operante se:
 1. il professionista è in possesso dei requisiti richiesti per ricoprire tale incarico⁽⁷⁾;
 2. l'attività non è svolta per conto di ditte, società od enti pubblici o privati di cui l'Assicurato/Aderente è socio a responsabilità illimitata, amministratore o dipendente.

Infine si precisa che, fermo quanto previsto dall'Art. 6 lett. K delle Condizioni di Assicurazione, si intendono comunque compresi in garanzia i danni e/o le eventuali complicanze derivanti e/o connesse ad infezioni conseguenti alla attività medica in cui si verifica e/o viene successivamente accertata una forma di negligenza, imprudenza, imperizia ed errore od omissione professionale.

d. R.C. Patrimoniale relativa al trattamento dei dati personali (tutela della privacy)

Generali Italia si obbliga anche a tenere indenne l'Assicurato/Aderente di quanto questi è tenuto a pagare, quale civilmente responsabile ai sensi di legge per perdite patrimoniali involontariamente cagionate ai pazienti, in conseguenza di una **non intenzionale violazione** degli obblighi di legge in relazione al trattamento dei dati personali, sia comuni che sensibili, dei pazienti stessi.

La garanzia è valida a condizione che il trattamento dei dati personali predetti sia **strettamente strumentale** allo svolgimento dell'attività professionale esercitata dall'Assicurato/Aderente.

L'assicurazione non vale:

- se i dati non sono conservati con le modalità previste dal Reg. UE 2016/679 e normativa vigente;
- per il trattamento di dati aventi finalità commerciali;
- per la diffusione ed il trasferimento dei dati personali ad altri soggetti;
- per i danni non patrimoniali di cui all'Art. 15, 2° comma del Reg. UE 2016/679 e di quelli di cui all'articolo 2059 del codice civile;
- per le multe e le ammende inflitte direttamente all'Assicurato/Aderente o al datore di lavoro;
- se l'Assicurato/Aderente è responsabile del trattamento dei dati nell'ambito di strutture o presidi sanitari pubblici o privati per conto dei quali presta la sua opera.

e. Estensione ai Trattamenti di Dermatologia Estetica

A parziale deroga di quanto previsto all'Art. 6 - Esclusioni lett. u) la garanzia comprende l'esercizio della Dermatologia Estetica esclusivamente se svolta, da medici in possesso delle necessarie abilitazioni e titoli, all'interno di Ospedali e/o Case di Cura.

Per i soli trattamenti di Dermatologia Estetica che non prevedono anestesia generale o presenza di anestesista, la copertura opera anche se sono effettuati nello studio professionale dell'Assicurato/Aderente.

L'assicurazione non opera per le richieste di risarcimento per la mancata rispondenza del trattamento di Dermatologia Estetica all'impegno di risultato assunto dall'Assicurato/Aderente.

f. MEDICINALI OFF LABEL

La garanzia si intende estesa fino a concorrenza delle somme riportate sul Certificato di Assicurazione alla prescrizione di somministrazione di medicinali OFF LABEL a tutte le seguenti condizioni:

- se è effettuato un precedente trattamento ON LABEL sulla base di una corretta diagnosi i cui esiti non hanno raggiunto i risultati di seppur minima guarigione e non esiste altro trattamento ON LABEL ALTERNATIVO

(6) Ai sensi del D.Lgs.81/2008 (art. 25).

(7) Ai sensi dell'Art. 38 D.Lgs. 81/2008.

- ci sono lavori scientifici a supporto dell'utilizzo del farmaco OFF LABEL nella specifica patologia
- se i soggetti tutori del minore sono stati adeguatamente resi consapevoli attraverso un circostanziato consenso informato;
- se il trattamento vien pedissequamente seguito dal professionista al fine di evitare l'insorgere di reazioni avverse.

Art. 2 - Condizioni di validità dell'assicurazione

L'assicurazione è valida se l'attività professionale è svolta in conformità alle leggi che la regolano e se l'Assicurato/Aderente è regolarmente iscritto all'Albo Professionale del relativo Ordine ed è in possesso dei titoli e delle abilitazioni previste dalla legge per l'esercizio della specializzazione indicata in polizza.

La radiazione o sospensione, per qualsiasi motivo, dall'ordine professionale determinano la cessazione, con pari data, dell'assicurazione.

Art. 3 - Validità temporale e Retroattività della copertura

Per ciascun Assicurato/Aderente la garanzia decorre dalla data indicata nel proprio Certificato di Assicurazione ed è operante per le Richieste di Risarcimento pervenute per la prima volta all'Assicurato/Aderente durante il Periodo di efficacia dell'assicurazione indicato nel Certificato di Assicurazione, sempreché originate da errori posti in essere durante il medesimo periodo.

La garanzia è inoltre estesa alle Richieste di Risarcimento presentate per la prima volta all'Assicurato/Aderente nel corso del Periodo di efficacia dell'assicurazione, in conseguenza di errori professionali commessi non prima di 10 anni dalla data di decorrenza del Certificato stesso.

Infine, a parziale deroga di quanto previsto all'Art. 6 - Esclusioni lett. v), la garanzia è anche estesa alle richieste di risarcimento che possono pervenire per la prima volta all'Assicurato/Aderente durante il periodo di efficacia dell'assicurazione e che sono connessi a "circostanze" o "fatti" - dichiarati nel Modulo di Adesione - di cui l'Assicurato/Aderente è venuto a conoscenza non prima di 1 anno dalla data di decorrenza del Certificato di Assicurazione e che all'epoca non costituivano richiesta di risarcimento.

Art. 4 - Cessazione dell'attività

In caso di cessazione dell'attività professionale, intervenuta durante il periodo di efficacia dell'assicurazione per raggiungimento dei limiti di età, rinuncia volontaria, radiazione o sospensione dall'ordine professionale, malattia o morte, è facoltà dell'Assicurato/Aderente o dei suoi eredi richiedere pagando il relativo premio stabilito all'Art. 22, un periodo di ultrattività della copertura per le richieste di risarcimento presentate per la prima volta entro i dieci anni successivi alla cessazione dell'attività professionale riferite a fatti generatori della responsabilità verificatesi nel periodo di efficacia della copertura assicurativa.

Sono escluse dalla copertura assicurativa le richieste di risarcimento relative ai fatti che hanno generato la radiazione o la sospensione dall'ordine professionale.

La massima esposizione di Generali Italia per l'intero periodo di garanzia, indipendentemente dal numero delle richieste di risarcimento, non potrà superare il massimale indicato nel Certificato di Assicurazione.

Art. 5 - Massimali di garanzia

a. LIMITI DI INDENNIZZO PER ASSICURATO/ADERENTE

La garanzia di cui all'Art. 1 è prestata, per ciascun Assicurato/Aderente fino a concorrenza del massimale per sinistro, per persona, per danni a cose e per periodo di efficacia della copertura indicata nel Certificato di Assicurazione, indipendentemente dal numero delle richieste di risarcimento presentate all'Assicurato/Aderente nel corso della stessa e con la franchigia indicati nel Certificato di Assicurazione.

A deroga di quanto sopra indicato la garanzia

- di cui all'Art. 1 - c) Estensioni - attività di formazione, docenza, resa nell'ambito delle competenze professionali possedute riferite alla professione incluse le attività di arbitrato, di CTU e di mediazione, è prestata con un sottolimito di euro 50.000,00;

- di cui all'Art. 1 - d) R.C. Patrimoniale relativa al trattamento dei dati personali (tutela della privacy) è prestata con una franchigia fissa di Euro 5.000,00 per ciascun sinistro e fino alla concorrenza di un massimo risarcimento di Euro 150.000,00 per sinistro e annualità assicurativa;
- di cui all'Art. 1 - e) Estensione ai Trattamenti di Dermatologia Estetica è prestata fino alla concorrenza in ogni caso di un massimo risarcimento di Euro 500.000 per sinistro ed annualità assicurativa. Resta a carico dell'Assicurato/Aderente una franchigia fissa di Euro 1.000,00.

Resta inteso che l'esposizione di Generali Italia per sinistro e annualità assicurativa non potrà comunque superare, per ciascun Assicurato/Aderente, il massimale complessivo indicato nel Certificato di Assicurazione anche nel caso siano attive per lo stesso tutte le garanzie di cui all'Art. 1.

Fermo quanto previsto all'Art. 3, in caso di più richieste di risarcimento originate da uno stesso comportamento colposo, le stesse si considerano un unico sinistro e la data della prima richiesta vale come la data di tutte le altre richieste, anche se presentate successivamente alla cessazione dell'assicurazione.

B LIMITI DI INDENNIZZO IN CASO DI CORRESPONSABILITÀ TRA PIÙ ASSICURATI/ADERENTI

Nel caso di corresponsabilità di più Assicurati/Aderenti fra di loro, il massimo esborso a carico di Generali Italia in relazione a tutti gli Assicurati/Aderenti non potrà comunque essere superiore a Euro 5.000.000,00 per persona, per cose e per annualità assicurativa.

Art. 6 - Delimitazioni dell'assicurazione - Esclusioni

I - Non sono considerati terzi:

- a. il coniuge, i genitori, i figli dell'Assicurato/Aderente nonché qualsiasi altro parente o affine con lui convivente;
- b. i collaboratori, gli ausiliari, i dipendenti e i praticanti e chi si trova con loro nei rapporti di cui alla lett. a);
- c. le società in cui l'Assicurato/Aderente riveste la funzione di legale rappresentante, consigliere d'amministrazione, socio a responsabilità illimitata, amministratore unico o dipendente.

II - L'assicurazione **non comprende** i danni:

- a. diversi da morte, lesioni personali e danneggiamenti a cose, salvo quanto indicato all'Art.1, lettera d) R.C. Patrimoniale relativa al trattamento dei dati personali (tutela della privacy);
- b. che conseguono a responsabilità volontariamente assunte dall'Assicurato/Aderente e che non gli derivano dalla legge, derivanti dallo svolgimento abusivo della professione e/o non rientranti nella competenza professionale stabilite dalle leggi e dai regolamenti; nonché relativi a rimborso ai Clienti di quanto corrisposto all'Assicurato/Aderente a titolo di compenso professionale;
- c. da furto e quelli a cose altrui derivanti da incendio di cose dell'Assicurato/Aderente o da lui detenute nonché a cose che l'Assicurato/Aderente abbia in consegna o custodia o detiene a qualsiasi titolo o di cui l'Assicurato/Aderente deve rispondere⁽⁸⁾ ;
- d. derivanti dalle attività di biotecnologia, di manipolazione e/o ingegneria genetica e quelle relative a prodotti derivanti da materiali e/o sostanze di origine umana e organismi geneticamente modificati (OGM);
- e. cagionati da merci e prodotti fabbricati, lavorati o in vendita dopo la consegna a terzi;
- f. da trasformazioni ed assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati artificialmente (fissione e fusione nucleare, sostanze radioattive, macchinari ecc.), salvo l'impiego per scopi diagnostici e terapeutici di raggi X e di altre tecniche radianti e di immagine secondo il disposto delle estensioni di garanzia dell'Art. 1;
- g. derivanti da responsabilità conseguenti alle funzioni amministrative, organizzative e gestionali che derivano dal ruolo di Direttore Sanitario nonché di quelle di dirigente responsabile di reparti o di altra unità, nell'ambito di strutture sanitarie pubbliche e private, ferma restando l'operatività della garanzia per la personale responsabilità professionale dell'Assicurato/Aderente;
- h. derivanti da attività di sperimentazione clinica e di ricerca e sperimentazione di farmaci;
- i. conseguenti alla mancata rispondenza dell'intervento rispetto all'impegno di risultato assunto dall'Assicurato/Aderente;

(8) Ai sensi degli articoli 1783, 1784, 1785 bis e 1786 Codice Civile.

- j. derivanti all'Assicurato/Aderente per la responsabilità a esso imputabile per fatto altrui (comprese persone di cui questi si avvalga nell'esercizio della propria attività) nonché derivanti da mero vincolo di solidarietà nel caso di responsabilità concorrente o solidale con altri soggetti non assicurati, fatta salva la quota di danno direttamente imputabile all'Assicurato/aderente in ragione della gravità della propria colpa;
- k. conseguenti a conservazione, distribuzione del sangue e dei suoi preparati o derivati di pronto impiego, nonché da immunodeficienza acquisita, patologie correlate, epatiti e/o da contagio in genere;
- l. derivanti dall'attività svolta per conto di Federazioni Sportive, Associazioni e Società Sportive militanti in campionati professionisti o semi professionisti;
- m. derivanti dalla proprietà e conduzione dello studio professionale o dalla conduzione dei locali e delle attrezzature della struttura di appartenenza utilizzati per l'esercizio dell'attività professionale;
- n. derivanti dalla pratica di tecniche di fecondazione assistita;
- o. derivanti dall'effettuazione di analisi chimiche nel settore merceologico ed ambientale e/o indagini ed analisi a carattere genetico e/o prenatale;
- p. derivanti dall'impiego di farmaci e sostanze biologicamente o farmacologicamente attive nonché da pratiche mediche considerate doping⁽⁹⁾;
- q. da circolazione su strade di uso pubblico o aree equiparate di veicoli a motore, da navigazione di natanti a motore e da impiego di aeromobili;
- r. derivanti dall'uso di veicoli a motore, macchinari od impianti che sono condotti o azionati da persona che non ha compiuto il 16° anno di età, o comunque non è in possesso dei requisiti psico-fisici necessari per l'abilitazione a norma delle disposizioni in vigore;
- s. i danni verificatisi in occasione di atti di guerra (dichiarata e non), guerra civile, insurrezione, tumulti popolari, sommosse, occupazione militare ed invasione; i danni direttamente o indirettamente causati o derivati da, o verificatisi in occasione di, atti di terrorismo, indipendentemente da qualsiasi altro evento che possa aver contribuito al verificarsi dei danni; i danni causati o derivati da, o verificatisi in occasione di, qualsiasi azione intrapresa per controllare, prevenire o reprimere qualsiasi atto di terrorismo;
- t. di qualunque natura derivanti da amianto o da qualsiasi altra sostanza contenente in qualunque forma o misura l'amianto, né per i danni conseguenti o derivanti dall'emissione o generazione di onde o campi elettromagnetici;
- u. interventi di chirurgia estetica e/o trattamenti di medicina estetica e/o di cosmesi nonché da esecuzione di tatuaggi e piercing;
- v. relativi a Richieste di risarcimento che possono pervenire durante il periodo di efficacia dell'assicurazione e che sono connessi a "circostanze" o "fatti" noti all'Assicurato/Aderente prima della decorrenza della copertura assicurativa.

Art. 7 Conduzione Dello Studio per Effettuazione Attività Libero Professionali

Nell'ambito dell'attività prestata in regime libero professionale, a deroga di quanto disposto dall'Art. 6) lettera m) delle Condizioni Generali di Assicurazione sono compresi anche i danni involontariamente cagionati a terzi per morte, per lesioni e per danneggiamenti a cose, in conseguenza di un fatto accidentale verificatosi in relazione alla conduzione dei locali adibiti a studio professionale privato di cui l'Assicurato/Aderente è titolare, nonché delle attrezzature ivi esistenti, compresi i danni arrecati a terzi dai collaboratori, sostituti e dai dipendenti in genere, se nello studio è esercitata esclusivamente l'attività dichiarata in polizza.

Inoltre, a deroga di quanto disposto dall'Art. 6) Comma I lettera b) delle Condizioni Generali di Assicurazione, Generali Italia riconosce agli eventuali dipendenti dell'Assicurato/Aderente non soggetti all'assicurazione presso l'I.N.A.I.L. la qualifica di terzi, **limitatamente ai danni corporali**, se risultai che il dipendente è rimasto vittima di infortunio in occasione di lavoro o di servizio e se tale infortunio è imputabile a fatti commessi dall'Assicurato/Aderente o da un suo dipendente del cui operato deve rispondere a norma di legge.

In relazione alla presente garanzia l'Art. 3 delle Condizioni Generali di Assicurazione si intende non operante. Pertanto Generali Italia tiene indenne l'Assicurato/Aderente di quanto questi è tenuto a pagare in conseguenza di fatti verificatisi durante il periodo di efficacia dell'assicurazione, indipendentemente dalla data in cui è pervenuta la richiesta di risarcimento - ferme le norme in materia di prescrizione e decadenza.

(9) Ai sensi della legge 14 dicembre 2000, n. 376, del decreto 17 aprile 2013 del Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali e successive modifiche o integrazioni.

L'assicurazione non comprende i danni:

1. derivanti da interruzioni o sospensioni totali o parziali di attività industriali, commerciali, artigianali, agricole o di servizi;
2. da spargimento d'acqua non conseguente a rottura accidentale degli impianti idrici, igienici, di riscaldamento o di condizionamento al servizio dei locali;
3. da umidità, stillicidio od insalubrità dei locali;
4. derivanti all'Assicurato/Aderente, nella sua qualità di committente di lavori edili, lavori di straordinaria manutenzione, ampliamento, sopraelevazione o demolizione;
5. dall'inosservanza di quanto previsto dal Decreto Legislativo n. 81/2008;
6. da attività esercitate nel fabbricato, all'infuori di quelle per le quali è stata stipulata l'assicurazione;
7. derivanti da proprietà, gestione, conduzione di cliniche, case di cura e poliambulatori.

Art. 8 - Danni all'ambiente

Sono esclusi, altresì, dall'assicurazione i danni da inquinamento di qualsiasi natura e da qualsiasi causa determinato; da interruzione, impoverimento o deviazione di sorgenti o corsi d'acqua, alterazione o impoverimento di falde acquifere, di giacimenti minerari ed, in genere, di quanto si trovi nel sottosuolo ed è suscettibile di sfruttamento.

Art. 9 - Estensione territoriale

L'assicurazione vale per errori posti in essere nel territorio dei Paesi aderenti all'Unione Europea, nonché nel territorio degli stati di San Marino e Città del Vaticano.

Art. 10 - Durata del Contratto

La presente convenzione ha validità dalle ore 24 del 15.07.2020 alle ore 24 del 31.12.2022 senza tacito rinnovo.

La garanzia prestata a favore del singolo Assicurato/Aderente cessa senza obbligo di disdetta alla scadenza stabilita nel Certificato di Assicurazione. La data di scadenza indicata nel Certificato di Assicurazione è sempre coincidente con il 31 dicembre immediatamente successivo alla data di decorrenza del Certificato stesso.

Se entro il quindicesimo giorno successivo a tale scadenza il singolo Assicurato/Aderente rinnova l'adesione con Generali Italia per il medesimo rischio, l'efficacia dell'assicurazione viene temporaneamente prorogata fino alla data del rinnovo (ma non oltre il predetto quindicesimo giorno).

In ogni caso, i rinnovi delle adesioni non possono essere consentiti dopo la risoluzione della presente convenzione.

Art. 11 - Recesso per Ripensamento e Pagamento del premio

L'Assicurato/Aderente dispone di 14 giorni di tempo per esercitare il diritto di recesso per ripensamento senza doverne indicare il motivo. Il termine per esercitare il diritto di recesso per ripensamento decorre:

a. dalla trasmissione all'Intermediario del Modulo di Adesione debitamente sottoscritto dall'Assicurato/Aderente;

oppure

b. dal pagamento del Premio all'Intermediario;

a seconda di quale dei due avviene prima.

Per poter usufruire del "diritto di ripensamento", l'Assicurato/Aderente deve comunicare la propria decisione all'Intermediario via email o raccomandata con ricevuta di ritorno dichiarando di non aver ricevuto richieste di risarcimento nel periodo di tempo a disposizione.

In caso di esercizio del diritto di recesso per ripensamento come sopra indicato, l'Assicurato ha diritto alla restituzione del premio pagato e non goduto **al netto delle imposte**.

In caso di Sinistro verificatosi nei 14 giorni a disposizione per usufruire “diritto di ripensamento”, è precluso il diritto di recesso per ripensamento.

L'intermediario riceve dall'Assicurato/Aderente il premio stabilito dal presente contratto e che quest'ultimo è tenuto a pagare alle scadenze stabilite.

Per l'Assicurato/Aderente la garanzia decorre dalle ore ventiquattro del giorno indicato nel certificato di assicurazione, se in quel momento il premio è pagato; in caso diverso decorre dalle ore ventiquattro del giorno in cui si effettua il pagamento, ferme restando le scadenze stabilite nel contratto.

Il premio è interamente dovuto e determinato per periodi di assicurazione di un anno, salvo per le adesioni avvenute

- nei primi 6 mesi dell'anno (1 gennaio - 30 giugno): per questo periodo è calcolato al 100% del premio annuo;
- dopo i primi 6 mesi dell'anno (1 luglio - 31 dicembre): per questo periodo è calcolato al 50% del premio annuo;

Art. 12 - Modulo di Adesione

Ciascun Assicurato/aderente dovrà compilare e sottoscrivere all'atto della prima adesione (o del rinnovo annuale dell'adesione alla presente Convenzione) un Modulo di Adesione.

Art. 13 - Riepilogo Adesioni

L'Intermediario si impegna a inviare a Generali Italia il riepilogo delle nuove adesioni o dei rinnovi di adesione alla presente Convenzione o delle attivazioni di proroga copertura per cessazione attività degli Assicurati/Aderenti con cadenza almeno mensile.

Entro il dieci di ogni mese, l'intermediario si impegna a corrispondere a Generali Italia i premi incassati relativi alle nuove adesioni o ai rinnovi di adesione alla presente Convenzione o delle attivazioni di proroga copertura per cessazione degli Assicurati/Aderenti del mese precedente.

Art. 14 - Certificato di Assicurazione

Generali Italia, tramite l'Intermediario, si impegna a mettere a disposizione del Contraente e dell'Assicurato/Aderente la documentazione precontrattuale prevista dalla normativa in vigore e il Certificato di Assicurazione relativo alla singola nuova adesione o rinnovo.

Art. 15 - Dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato/Aderente e Variazione di rischio

Generali Italia presta il suo consenso all'assicurazione e determina il premio unicamente in base alle dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato/Aderente sui dati e le circostanze oggetto di domanda da parte di Generali Italia.

Le inesattezze e le reticenze del Contraente e/o dell'Assicurato/Aderente relative alle circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio possono comportare la perdita totale o parziale dell'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione⁽¹⁰⁾.

Se si verificano variazioni che modificano il rischio - di cui l'Assicurato/Aderente deve dare immediata comunicazione a Generali Italia - si applicano gli articoli 1897 e 1898 Codice Civile.

Nell'ambito delle combinazioni di copertura previste dalla Convenzione, se la variazione di rischio deriva da un cambiamento dell'attività professionale svolta dall'Assicurato/Aderente che comporta l'applicazione di un premio differente, il premio in corso rimane invariato fino alla scadenza del periodo di efficacia della copertura, fermo l'obbligo di provvedere all'adeguamento per il successivo periodo. In questo frangente la copertura è automaticamente operante per il nuovo rischio variato.

(10) Ai sensi degli Artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.

Art. 16 - Altre Assicurazioni

L'Assicurato/Aderente deve dare comunicazione a Generali Italia della stipulazione di altre assicurazioni per i medesimi rischi ai quali si riferisce la presente assicurazione.

In caso di presenza ed operatività di altra polizza assicurativa per il medesimo rischio, la presente assicurazione è prestata, nell'ambito e nei limiti di quanto indicato nelle presenti Condizioni Generali di Assicurazione, a "secondo rischio" e cioè in eccedenza ai massimali garantiti da detta altra polizza sottoscritta dall'Assicurato/Aderente **fino alla concorrenza della somma assicurata con il presente contratto**.

Resta comunque inteso che in tutti i casi di non operatività della suddetta altra polizza, la presente assicurazione, sempre nell'ambito e nei limiti indicati dalle Condizioni Generali di Assicurazione, s'intende operante a "primo rischio" .

Art. 17 - Denuncia e gestione dei sinistri e obblighi dell'Assicurato/Aderente

Agli effetti della presente assicurazione la denuncia deve essere fatta per iscritto all'Intermediario **entro 15 giorni dal ricevimento della richiesta di risarcimento** e contenere la narrazione del fatto, l'indicazione delle conseguenze, il nome ed il domicilio dei danneggiati e dei testimoni, la data, il luogo e le cause del sinistro.

Alla denuncia devono poi fare seguito, tempestivamente, le notizie, i documenti e gli atti giudiziari relativi al sinistro.

La stessa deve essere corredata dalla dichiarazione espressa dell'Assicurato/Aderente di non essere garantito da altra polizza per il medesimo evento dannoso.

Art. 18 - Gestione delle vertenze di danno - Spese legali

Generali Italia assume, fino a quando ne ha interesse, la gestione delle vertenze tanto in sede stragiudiziale che giudiziale, sia civile che penale, ivi comprese quelle di cui al Decreto Legislativo 4 marzo 2010 n. 28 (mediazione delle controversie civili e commerciali), a nome dell'Assicurato/Aderente, designando, dove occorre, legali e tecnici e avvalendosi di tutti i diritti ed azioni che spettano all'Assicurato/Aderente stesso.

L'Assicurato/Aderente è tenuto a comunicare tempestivamente a Generali Italia ogni istanza di mediazione ricevuta, rilasciando ove richiesto da Generali Italia idonea procura per la partecipazione alla mediazione stessa.

Sono a carico di Generali Italia le spese sostenute per resistere all'azione promossa contro l'Assicurato/Aderente, entro il **limite di un importo pari al quarto del massimale stabilito** nel Certificato di Assicurazione per il danno cui si riferisce la domanda. Se la somma dovuta al danneggiato supera detto massimale, le spese vengono ripartite fra Generali Italia e Assicurato/Aderente, in proporzione al rispettivo interesse.

Generali Italia non riconosce in nessun caso le spese sostenute dall'Assicurato/Aderente per legali o tecnici che non siano da essa designati e non risponde di multe o ammende né delle spese di giustizia penale.

Art. 19 - Clausola Broker

Il Contraente dichiara di aver affidato la gestione del presente contratto al Broker AON SPA iscritto al R.U.I. B000117871 ai sensi del D.Lgs n. 209 del 2005 e, di conseguenza, tutti i rapporti inerenti alla presente assicurazione sono svolti per conto del Contraente dal Broker AON SPA il quale tratta con Generali Italia S.p.A. Le comunicazioni fatte a Generali Italia S.p.A. dal Broker, in nome e per conto del Contraente, si intendono come fatte dal Contraente stesso. In caso di contrasto tra le comunicazioni fatte dal Broker e quelle fatte direttamente dal Contraente a Generali Italia S.p.A, prevalgono queste ultime. Il pagamento del premio realizzato in buona fede al Broker si considera effettuato direttamente a Generali Italia S.p.A. ai sensi dell'Art. 118 del D.Lgs. 209/2005. Il Broker è tenuto a dare comunicazione delle attività sopra previste e delle relative condizioni e modalità, nell'ambito dell'informativa precontrattuale da fornire agli assicurati/aderenti, ai sensi degli Artt. 120 e 121 del D. Lgs. 209/2005 e 65 comma 1 lettera c del Regolamento Ivass n. 40/2018. Se il Contraente revoca l'incarico al Broker senza affidarne un altro ad altro Broker oppure se il Contraente rilascia ad altro Broker un incarico scritto non esplorativo in data successiva, attribuendo le parti esclusivo rilievo alla volontà espressa dal Contraente, l'incarico al Broker cessato o sostituito si considera automaticamente privo di effetto nei confronti di Generali

Italia S.p.A. Generali Italia S.p.A. è in ogni caso del tutto estranea a qualsivoglia eventuale controversia tra il Contraente e il/i Brokers o tra questi ultimi, anche in relazione alla data di effetto della cessazione di incarico o di quella di decorrenza del nuovo incarico.

Art. 20 - Imposte

Le imposte e tutti gli altri oneri stabiliti per legge, presenti e futuri, relativi al premio, al contratto ed agli atti da esso dipendenti sono a carico dell'Assicurato/Aderente, anche se il pagamento è stato anticipato da Generali Italia.

Art. 21 - Foro Competente

Per le controversie relative al contratto il Foro competente è esclusivamente quello della sede o del luogo di residenza o di domicilio del Contraente, dell'Assicurato/Aderente, o dei loro aventi diritto. Per le controversie relative al contratto, l'esercizio dell'azione giudiziale è subordinato al preventivo esperimento del procedimento di mediazione mediante deposito di un'istanza presso un organismo di mediazione nel luogo del giudice territorialmente competente come sopra individuato⁽¹¹⁾.

Art. 22 - Tariffa e relative Combinazioni di Massimale, Garanzia, Estensioni, Franchigia e Premio Annuo

TARIFFA - per clienti indenni negli ultimi 5 anni		
MASSIMALE in euro	PREMIO ANNUO in Euro finito	Franchigia
1.000.000,00	590,00	0,00
1.500.000,00	680,00	0,00
2.000.000,00	780,00	0,00
2.500.000,00	870,00	0,00
1.000.000,00	490,00	1.000,00
1.500.000,00	580,00	1.000,00
2.000.000,00	680,00	1.000,00
2.500.000,00	770,00	1.000,00

OPZIONE SPECIALIZZANDO - Clausola Z	
MASSIMALE in euro	PREMIO ANNUO in Euro finito
2.000.000,00	250,00

TARIFFA - per clienti max 1 sinistro negli ultimi 5 anni		
MASSIMALE in euro	PREMIO ANNUO in Euro finito	Franchigia
1.000.000,00	737,50	0,00
1.500.000,00	850,00	0,00
2.000.000,00	975,00	0,00
2.500.000,00	1.087,50	0,00
1.000.000,00	612,50	1.000,00
1.500.000,00	725,00	1.000,00
2.000.000,00	850,00	1.000,00
2.500.000,00	962,50	1.000,00

(11) Artt. 4 e 5 D.Lgs. 4.3.2010 n.28 così come modificato dalla legge 9 agosto 2013 n.98.

TARIFFA ULTRATTIVITA' PER CESSAZIONE ATTIVITÀ (art.4)	100% premio annuo
CLAUSOLA X - SOPRAPREMIO PROROGA DELLA COPERTURA ALLA SCADENZA DEL CERTIFICATO DI ASSICURAZIONE - DEEMING CLAUSE	50% premio annuo
Clausola Y - SOPRAPREMIO DIRIGENTE MEDICO, DIRIGENTE RESPONSABILE UNITÀ o REPARTI, DIRETTORE SANITARIO	50% premio annuo
Clausola W3 - SOPRAPREMIO STUDIO ASSOCIATO massimo 3 soci	250% premio annuo
Clausola W5 - SOPRAPREMIO STUDIO ASSOCIATO massimo 5 soci	400% premio annuo

Art. 23 - Misure Restrittive - Sanzioni Internazionali (Sanction Clause)

Generali Italia dichiara e il Contraente e l'Assicurato/Aderente ne prendono atto che Generali Italia non è obbligata a garantire una copertura assicurativa né tenuta a liquidare un sinistro o ad erogare una prestazione in applicazione di questo contratto se il fatto di garantire la copertura assicurativa, la liquidazione del sinistro o l'erogazione della prestazione espone Generali Italia a sanzioni, divieti o restrizioni derivanti da risoluzioni delle Nazioni Unite, oppure a sanzioni finanziarie o commerciali, leggi o regolamenti dell'Unione Europea, degli Stati Uniti d'America, del Regno Unito o dell'Italia. La presente disposizione abroga e sostituisce ogni norma difforme contenuta nelle Condizioni di Assicurazione.

Condizioni particolari operanti in base all'opzione scelta

CLAUSOLA X - PROROGA DELLA COPERTURA ALLA SCADENZA DEL CERTIFICATO DI ASSICURAZIONE - DEEMING CLAUSE con soprapremio e se richiamata nel Certificato di Assicurazione

A parziale integrazione di quanto indicato all'art.3 Validità temporale e Retroattività della copertura delle Condizioni Generali di Assicurazione, la garanzia è inoltre estesa alle Richieste di Risarcimento che possono pervenire per la prima volta all'Assicurato/Aderente **entro 2 anni dalla scadenza del Certificato di Assicurazione**, se:

- sono connesse a "Circostanze" o "Fatti" di cui l'Assicurato/Aderente viene a conoscenza nel periodo di efficacia dell'Assicurazione ma che non hanno costituito Richiesta di Risarcimento;
- le "Circostanze" o "Fatti" sono stati regolarmente denunciati durante il periodo di efficacia dell'Assicurazione;
- l'Assicurato/Aderente al momento della Richiesta di Risarcimento non è garantito da altra polizza per il medesimo evento dannoso

CLAUSOLA Y - DIRIGENTE MEDICO, DIRIGENTE RESPONSABILE UNITA' o REPARTI, DIRETTORE SANITARIO - con soprapremio e se richiamata nel Certificato di Assicurazione

A parziale deroga dell'Art. 6 lettera g delle Condizioni Generali di Assicurazione, la garanzia è altresì prestata per le richieste di risarcimento che derivano da responsabilità conseguenti alle funzioni amministrative, organizzative e gestionali derivanti dal ruolo di Dirigente Medico o Dirigente responsabile di reparti o di altra unità o Direttore Sanitario della struttura sanitaria di appartenenza.

Sono escluse le responsabilità conseguenti al ruolo di Direttore Sanitario esercitato in Strutture Ospedaliere.

Se detta struttura sanitaria ha stipulato una polizza di assicurazione a favore dell'Assicurato/Aderente per il medesimo rischio, tale estensione opera in ogni caso a secondo rischio - e quindi in eccedenza ai massimali garantiti da detta altra polizza, e fino alla concorrenza della somma assicurata con il presente contratto.

CLAUSOLA W3 - STUDIO ASSOCIATO massimo 3 soci - se richiamata nel Certificato di Assicurazione

La copertura assicurativa è prestata esclusivamente a favore dello Studio Medico Associato di cui l'Aderente è socio titolare e riportato nel Certificato di Assicurazione, intendendosi per Studio Medico Associato quello di medici professionisti che esercitano la propria attività libero professionale organizzati come studi professionali associati o come società tra professionisti costituite ai sensi della legge 12 novembre 2011 n. 183 e del decreto interministeriale attuativo 8 febbraio 2013 n. 34. Restano, pertanto, comunque **escluse** le strutture aventi **finalità commerciali** aperte al pubblico quali a titolo esemplificativo ambulatori e poliambulatori, cliniche, case e centri di cura.

In caso di Studio Associato come sopra indicato, l'assicurazione si intende prestata, a termini e condizioni di polizza, a favore di un **massimo di 3** dello Studio esclusivamente per l'attività medico professionale da ciascuno di questi **personalmente** esercitata a nome dello Studio con fatturazione delle prestazioni medico-sanitarie nei confronti dei pazienti dello Studio Associato medesimo.

Quanto precede vale se tutti i soci sono medici in possesso della medesima specializzazione oggetto della presente copertura e almeno uno è iscritto all'Associazione SIDELF - Società italiana Dermatologia Legale e Forense.

Si conviene che i massimali stabiliti in polizza restano, ad ogni effetto, unici, anche nel caso di corresponsabilità di più assicurati/aderenti fra di loro.

Se i componenti dello Studio Associato usufruiscono di altre polizze di assicurazione di responsabilità civile professionale che comprendano il rischio oggetto del presente contratto, quest'ultimo - sempre nei limiti convenuti - è operante in eccedenza alle garanzie previste dalle suddette polizze.

CLAUSOLA W5 – STUDIO ASSOCIATO massimo 5 soci - se richiamata nel Certificato di Assicurazione

La copertura assicurativa è prestata esclusivamente a favore dello Studio Medico Associato di cui l'Aderente è socio titolare e riportato nel Certificato di Assicurazione, intendendosi per Studio Medico Associato quello di medici professionisti che esercitano la propria attività libero professionale organizzati come studi professionali associati o come società tra professionisti costituite ai sensi della legge 12 novembre 2011 n. 183 e del decreto interministeriale attuativo 8 febbraio 2013 n. 34. Restano, pertanto, comunque **escluse** le strutture aventi **finalità commerciali** aperte al pubblico quali a titolo esemplificativo ambulatori e poliambulatori, cliniche, case e centri di cura.

In caso di Studio Associato come sopra indicato, l'assicurazione si intende prestata, a termini e condizioni di polizza, a favore di un **massimo di 5** dello Studio esclusivamente per l'attività medico professionale da ciascuno di questi **personalmente** esercitata a nome dello Studio con fatturazione delle prestazioni medico-sanitarie nei confronti dei pazienti dello Studio Associato medesimo.

Quanto precede se tutti i soci sono medici in possesso della medesima specializzazione oggetto della presente copertura e almeno uno è iscritto all'Associazione SIDELF - Società italiana Dermatologia Legale e Forense.

Si conviene che i massimali stabiliti in polizza restano, ad ogni effetto, unici, anche nel caso di corresponsabilità di più assicurati/aderenti fra di loro.

Se i componenti dello Studio Associato usufruiscono di altre polizze di assicurazione di responsabilità civile professionale che comprendano il rischio oggetto del presente contratto, quest'ultimo - sempre nei limiti convenuti - è operante in eccedenza alle garanzie previste dalle suddette polizze.

CLAUSOLA Z - OPZIONE SPECIALIZZANDO - se richiamata nel Certificato di Assicurazione

Premesso che l'Assicurato/Aderente dichiara di effettuare un corso di specializzazione di tipologia e durata conforme alle leggi in materia, si conviene che l'assicurazione vale, anche a parziale deroga dell'Art. 1, dell'Art. 2 e dell'Art. 6 lett. n) delle Condizioni Generali di Assicurazione, esclusivamente per l'attività professionale svolta ai sensi dell'Art. 37 D.Lgs. 368/99 e successive modifiche, con una graduale assunzione di compiti assistenziali e l'esecuzione di interventi con autonomia vincolati alle direttive ricevute, come sancito dal d.lgs. 368/1999. Resta pertanto **esclusa qualsiasi attività professionale non espressamente prevista dalla suddetta normativa**. Dalla garanzia è esclusa qualsiasi forma di attività libero professionale, fatta eccezione per le attività di guardia medica notturna, festiva e turistica e per la sostituzione dei medici di base, se tali attività sono svolte nei termini e nei modi previsti dalla legge e dai regolamenti regionali.



generali.it