



CONTRATTO DI ASSICURAZIONE

Sanitaria

LONG TERM CARE

Salute Assistita

Mod. 008.2012.LTC

Il presente Fascicolo Informativo contenente:

- a) Nota Informativa, comprensiva del glossario**
- b) Condizioni di Assicurazione**
- c) Proposta di Assicurazione**

deve essere consegnato al contraente prima della sottoscrizione del contratto o della proposta di assicurazione.

AVVERTENZA:

Prima della sottoscrizione leggere attentamente la Nota informativa.

NOTA INFORMATIVA RESA DA CF ASSICURAZIONI S.p.A. IN RELAZIONE ALLA COPERTURA ASSICURATIVA.

La presente nota informativa è aggiornata al 30.06.2012

La presente nota informativa è redatta secondo lo schema predisposto dall'ISVAP (Istituto di Vigilanza sulle Assicurazioni Private) ma il suo contenuto non è soggetto alla preventiva approvazione dell'ISVAP.

Il contraente deve prendere visione delle condizioni di assicurazione prima della sottoscrizione della polizza.

A. INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONI

Articolo 1- INFORMAZIONI GENERALI

CF Assicurazioni S.p.A. Sede Legale e Direzione Generale: Viale Erminio Spalla, 9 00142 Roma tel. 06.51.29.46.00 fax 06.51.29.46.50 sito: www.cfassicurazioni.com – e-mail: info@cfassicurazioni.com Capitale sociale 9.200.000 i.v., - C.F./P.IVA n. 09395811004 REA CCIAA Roma n. 1160328 Iscrizione Albo Imprese di Assicurazione n.1.00158 Autorizzazione all'esercizio dell'attività assicurativa con provv. ISVAP n. 2545 del 3/08/2007 -G.U. n. 195 del 23/08/2007 Capogruppo del Gruppo assicurativo CF Assicurazioni S.p.A., iscritto all'Albo dei Gruppi Assicurativi al n. 042.

Articolo 2-. Informazioni sulla situazione patrimoniale dell'Impresa

(dati al 31 dicembre 2011) CF Assicurazioni S.p.A. ha:

- un patrimonio netto pari a 8,052 milioni di Euro, di cui la parte relativa al Capitale Sociale ammonta a 9,20 milioni di euro e il totale delle Riserve patrimoniali ammonta a 2,55 milioni di euro;
- un indice di solvibilità, riferito alla gestione danni, pari a 2,48 che rappresenta il rapporto tra l'ammontare del margine di solvibilità disponibile e l'ammontare del margine di solvibilità richiesto dalla normativa vigente.

B. INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

AVVERTENZA: La durata del contratto è annuale con tacito rinnovo. E' facoltà delle parti recedere a ogni scadenza annuale dell'assicurazione con lettera raccomandata da inoltrarsi almeno 30 giorni prima di ogni scadenza annuale. Per maggiori dettagli si rinvia all'Art. 15 delle Condizioni di Assicurazioni.

Articolo 3-coperture assicurative offerte – Limitazioni ed esclusioni

1a) Garanzie prestate.

La presente assicurazione garantisce a fronte di un premio annuale costante, l'assicurato, nei limiti del massimale mensile assicurato indicato in polizza, l'indennizzo a titolo di rimborso forfettario delle spese sanitarie, sostenute quando questi si trovi in uno stato di non autosufficienza.

E' considerata non autosufficiente la persona che si trova nell'impossibilità fisica totale e permanente, clinicamente accertata e consolidata, di poter compiere 3 delle seguenti 4 azioni consuete della vita quotidiana senza l'assistenza di una terza persona:

- **lavarsi**: capacità di mantenere in modo autonomo un livello di igiene personale confacente alle abitudini;
- **alimentarsi**: capacità di servirsi e di mangiare del cibo precedentemente preparato e messo a disposizione;
- **muoversi**: capacità di spostarsi su una superficie piana, anche attraverso l'aiuto di un equipaggiamento specifico;
- **vestirsi**: capacità di mettersi e togliersi i propri vestiti eventualmente riadattati,

oppure è affetta da morbo di Alzheimer o similari demenze senili invalidanti di origine organica, diagnosticate attraverso specifici test clinici, giustificanti l'assistenza costante di una terza persona per compiere almeno 3 delle 4 azioni consuete della vita quotidiana di cui sopra.

1b) Prestazione assicurata

L'Assicurato, in caso di non autosufficienza e fintanto che persiste tale stato, percepirà un indennizzo mensile con cadenza semestrale posticipata, sino all'importo indicato nella scheda di polizza. Se

l'assicurato non è più autosufficiente l'erogazione dell'indennizzo mensile dell'indennizzo viene sospeso per essere riattivato senza l'applicazione di un'ulteriore franchigia qualora ritorni non autosufficiente. Tale indennizzo a titolo di rimborso spese non potrà superare l'importo mensile assicurato di 500,00 o 1.000,00 secondo la scelta operata nella scheda di polizza.

AVVERTENZA: Il contratto prevede limitazioni ed esclusioni alla copertura assicurativa che possono dar luogo al mancato pagamento dell'indennizzo; si rinvia, per aspetti di maggior dettaglio all'art. 2 delle Condizioni di Assicurazione.

AVVERTENZA: Il contratto prevede la presenza di carenze. Per aspetti di maggior dettaglio si rimanda all'Art.4 delle Condizioni di Assicurazione.

AVVERTENZA: sono assicurabili tutte le persone sino a 69 anni di età. Per maggiori dettagli si rinvia all'Art.3 delle Condizioni di Assicurazione.

Articolo 4: Dichiarazioni dell'assicurato in ordine alle circostanze del rischio - Nullità

AVVERTENZA: Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente o dell'Assicurato relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione, nullità, ai sensi degli artt. 1892, 1893, 1894 del Codice Civile. Per aspetti di maggior dettaglio si rinvia all'Art.21 delle Condizioni di Assicurazione.

AVVERTENZA: Le dichiarazioni contenute nei questionari anamnestici allegati alla scheda di Proposta, devono essere confermate e sottoscritte.

Articolo 5-Premi

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato in Polizza se il premio o la prima rata di premio sono stati pagati; altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno di pagamento. Il frazionamento è unico annuale.

AVVERTENZA: La polizza non prevede sconti.

Il pagamento del premio avverrà prettamente attraverso gli intermediari.

MEZZI DI PAGAMENTO CONSENTITI

Assegni, bonifici.

Articolo 6- Adeguamento del premio e delle somme assicurate.

La polizza non prevede alcuna forma d'indicizzazione o adeguamenti né relativamente al premio né alle somme assicurate.

Articolo 7 - Diritto di recesso.

AVVERTENZA: in caso di sinistro, denunciato a termini di polizza non è previsto alcun recesso ma le Parti potranno agire unicamente tramite l'invio della disdetta annuale della polizza.

Articolo 8- Prescrizione e decadenza dei diritti derivanti dal contratto.

I diritti derivanti dal contratto d'assicurazione si prescrivono in due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda, ai sensi dell'art. 2952 del codice civile.

Articolo 9 -Legge applicabile al contratto.

La Compagnia applica al contratto la legge italiana.

Articolo 10- Regime fiscale

Imposta sui premi

I premi delle assicurazioni sugli infortuni e malattia, al momento della stipulazione del presente contratto, sono soggetti ad imposta pari al 2,5% del premio imponibile.

Detraibilità fiscale dei premi

Relativamente ai Premi della garanzia sanitaria, i premi non danno diritto ad alcuna detrazione dall'imposta sul reddito dichiarato dal Contraente ai fini IRPEF.

C. INFORMAZIONI SULLE PROCEDURE LIQUIDATIVE E SUI RECLAMI.

Articolo 11-Sinistri - Liquidazione dell' indennizzo.

AVVERTENZA: L'insorgenza del sinistro coincide con il momento in cui si verifica il fatto dannoso per il quale è prestata la copertura assicurativa.

La presente polizza prevede determinate modalità e termini per la denuncia dei sinistri.

Per aspetti di dettaglio si rinvia all'art. 8 delle Condizioni di Assicurazioni.

L'Assicurato deve consentire alla Società tutte le indagini e gli accertamenti ritenuti necessari ai fini dell'accertamento del danno. Laddove la Società richiede documentazione (cartella clinica, copia libretto sanitario. Etc.) le spese relative ai documenti richiesti sono a carico dell'Assicurato.

Con riferimento alle procedure liquidative si rinvia per aspetti di dettaglio all'art. 10 delle Condizioni di Assicurazioni.

Articolo 12 - Reclami

Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto alla Società - CF Assicurazioni S.p.A., Viale Erminio Spalla n. 9, 00142 Roma – telefono 06 51 29 46 00 – **telefax 06 51 29 46 50** - – **e-mail reclami@cfassicurazioni.it**

Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dall'esito del reclamo o in caso d'assenza di riscontro nel termine massimo di 45 giorni, potrà rivolgersi all'ISVAP, Servizio Tutela degli Utenti, Via del Quirinale, 21 00187 Roma –

I reclami indirizzati all'ISVAP dovranno contenere:

- a) nome, cognome e domicilio del reclamante, con eventuale recapito telefonico;**
- b) individuazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato;**
- c) breve descrizione del motivo di lamentela;**
- d) copia del reclamo presentato alla Società e dell'eventuale riscontro fornito dalla stessa;**
- e) ogni documento utile per descrivere più compiutamente le relative circostanze.**

Si precisa che in caso di liti transfrontaliere è possibile presentare reclamo all'ISVAP o direttamente al sistema estero competente chiedendo l'attivazione della procedura FIN – NET (il sistema competente è individuabile accedendo al sito internet <http://ec.europa.eu/internalmarket/finances-retail/finnet/indexen.htm>)

In relazione alle controversie inerenti la quantificazione delle prestazioni e l'attribuzione della responsabilità si ricorda che permane la competenza esclusiva dell'Autorità Giudiziaria, oltre alla facoltà di ricorrere a sistemi conciliativi ove esistenti.

Articolo 13 – Arbitrato

AVVERTENZA: Le eventuali controversie di natura medica sull'entità del danno, relativamente alle garanzie prestate, possono essere demandate per iscritto a due medici, nominati uno per parte, chesi riuniscono nel Comune più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato, sede di Istituto di medicina legale.

Tali medici, ove vi sia divergenza su quanto sopra indicato, costituiscono un Collegio medico formato da loro stessi e da un terzo medico dagli stessi nominato o, in caso di disaccordo, dal Consiglio dell'Ordine dei medici avente giurisdizione nel luogo ove deve riunirsi il Collegio dei medici. Il terzo medico così nominato avrà la funzione di Presidente del Collegio. Il Collegio medico siede nel comune più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato, sede di Istituto di medicina legale. Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per metà delle spese e delle competenze per il terzo medico.

Le decisioni del Collegio medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le Parti che rinunciano fin d'ora a qualsiasi impugnativa, salvo i casi di violenza, dolo, errore o violazione di patti contrattuali.

I risultati delle operazioni arbitrali devono essere raccolti in apposito verbale, da redigersi in doppio esemplare, uno per ognuna delle Parti.

Le decisioni del Collegio medico sono vincolanti per le Parti anche se uno dei medici rifiuta di firmare il relativo verbale; tale rifiuto deve essere attestato dagli arbitri nel verbale definitivo.

AVVERTENZA: è possibile in ogni caso rivolgersi all'Autorità Giudiziaria.

GLOSSARIO

DEFINIZIONI

Assicurato: il soggetto il cui interesse è protetto dall'Assicurazione.

Assicurazione: il contratto di assicurazione.

Autosufficienza: E' considerata autosufficiente la persona che si trova nella capacità di poter compiere 3 delle seguenti 4 azioni consuete della vita quotidiana senza l'assistenza di una terza persona:

- **lavarsi:** capacità di mantenere in modo autonomo un livello di igiene personale confacente alle abitudini;
- **alimentarsi:** capacità di servirsi e di mangiare del cibo precedentemente preparato e messo a disposizione;
- **muoversi:** capacità di spostarsi su una superficie piana, anche attraverso l'aiuto di un equipaggiamento specifico;
- **vestirsi:** capacità di mettersi e togliersi i propri vestiti eventualmente riadattati,

Carenza: periodo durante il quale le garanzie del contratto non sono efficaci, ovvero il numero di giorni dall'inizio della efficacia della polizza durante i quali il Piano Assicurativo non è efficace relativamente agli eventi derivanti da Malattia e Perdita di Impiego. Qualora il sinistro avvenga in tale periodo la Società non corrisponde la prestazione assicurata.

Contraente: la persona fisica o giuridica che stipula il contratto di Assicurazione per sé o a favore di terzi e ne assume i relativi oneri.

Indennizzo: la somma indicata in polizza, corrisposta dalla Società in caso di sinistro.

Infortunio: il sinistro dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produce lesioni fisiche obiettivamente constatabili.

Intervento chirurgico: tecnica terapeutica cruenta applicata sull'Assicurato, mediante uso di strumenti operatori, finalizzata a risolvere una patologia o una lesione conseguente ad infortunio.

Istituto di cura: l'ospedale pubblico, la clinica o la casa di cura, sia convenzionati con il Servizio Sanitario Nazionale che privati, regolarmente autorizzati all'assistenza medico chirurgica. Sono esclusi gli stabilimenti termali, le case di convalescenza e soggiorno.

Malattia: ogni riscontrabile alterazione dello stato di salute dell'Assicurato non dipendente da infortunio..

Polizza: il documento sottoscritto dal Contraente e dalla Società, riportante le prestazioni e le garanzie scelte, la decorrenza, la scadenza e il premio da corrispondere.

Premio: la somma dovuta dal Contraente a fronte del pagamento della quale vengono fornite dalla Società le garanzie e le prestazioni.

Ricovero: la degenza comportante pernottamento in Istituto di cura.

Sinistro: l'evento futuro, dannoso e incerto che determina la richiesta di indennizzo da parte dell'Assicurato.

Società: CF Assicurazioni S.p.A.

Si rinvia al sito internet della Società, www.cfassicurazioni.com per la consultazione degli aggiornamenti del Fascicolo Informativo non derivanti da innovazioni normative.

CF Assicurazioni S.p.A. è responsabile della veridicità e della completezza dei dati e delle notizie contenute nella presente Nota informativa.

CF Assicurazioni S.p.A.
Il Direttore Generale
Marco Mondini



LONG TERM CARE

Mod. 008.2012.LTC

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Art. 1 - OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE –

1a) Garanzie prestate.

La presente assicurazione garantisce a fronte di un premio annuale costante, l'assicurato, nei limiti del massimale mensile assicurato indicato in polizza, l'indennizzo delle spese sanitarie sostenute quando questi si trovi in uno stato di non autosufficienza.

E' considerata non autosufficiente la persona che si trova nell'impossibilità fisica totale e permanente, clinicamente accertata e consolidata, di poter compiere 3 delle seguenti 4 azioni consuete della vita quotidiana senza l'assistenza di una terza persona:

- **lavarsi:** capacità di mantenere in modo autonomo un livello di igiene personale confacente alle abitudini;
- **alimentarsi:** capacità di servirsi e di mangiare del cibo precedentemente preparato e messo a disposizione;
- **muoversi:** capacità di spostarsi su una superficie piana, anche attraverso l'aiuto di un equipaggiamento specifico;
- **vestirsi:** capacità di mettersi e togliersi i propri vestiti eventualmente riadattati,

oppure è affetta da morbo di Alzheimer o similari demenze senili invalidanti di origine organica, diagnosticate attraverso specifici test clinici, giustificanti l'assistenza costante di una terza persona per compiere almeno 3 delle 4 azioni consuete della vita quotidiana di cui sopra.

1b) Prestazione assicurata e relativo premio

L'Assicurato, in caso di non autosufficienza e fintanto che persiste tale stato, percepirà un indennizzo mensile a titolo di rimborso spese forfettario, sino all'importo indicato nella scheda di polizza. Se l'assicurato non è più non autosufficiente l'erogazione dell'indennizzo mensile dell'indennizzo viene sospeso per essere riattivato senza l'applicazione di un'ulteriore franchigia qualora ritorni non autosufficiente. Tale indennizzo a titolo di rimborso spese, non potrà superare 500,00 o 1.000,00 euro mensili come previsto nella scheda di polizza. Il premio corrisposto per ciascun assicurato resterà invariato per tutta la durata in cui la polizza resterà in vita senza scatti di premi relativi agli scaglioni di età successivi. Potranno essere richiesti adeguamenti del premio indicato nella scheda di polizza a quinquennio con almeno un preavviso di 60 giorni prima della scadenza annuale. Qualora il Contraente non fosse d'accordo con la richiesta di aumento, potrà dichiarare la risoluzione contrattuale dalla scadenza per la quale è stato richiesto l'adeguamento.

1c) Condizioni di pagamento delle prestazioni

Il riconoscimento da parte della Società dello stato di non autosufficienza dell'Assicurato darà diritto allo stesso di usufruire dell'Indennizzo garantito, a decorrere dal 91° giorno successivo alla data di riconoscimento dello stato di non autosufficienza.

L'indennizzo sarà corrisposto a titolo di rimborso spese forfettario con cadenza semestrale posticipata per tutto il periodo in cui perdurerà lo stato di non autosufficienza.

Durante il periodo di pagamento dell'Indennizzo, qualora l'Assicurato dovesse recuperare capacità psico-motorie e funzionali che lo rendessero, quindi, autosufficiente, lo stesso dovrà darne comunicazione alla Società entro 30 giorni. In caso di decesso, saranno gli eredi, entro 30 giorni, a darne comunicazione alla Società .

1d) Rivedibilità dello stato di non autosufficienza

La Società si riserva la facoltà, ove lo ritenga opportuno, di eseguire periodicamente controlli sanitari sullo stato di salute dell'Assicurato attraverso medici di propria fiducia, richiedendo a tal proposito la documentazione che riterrà più idonea alla valutazione del sinistro.

Qualora l'accertamento evidenziasse il recupero dello stato di autosufficienza, la Società comunicherà al Contraente ed al Beneficiario la sospensione del pagamento dei rimborsi e la sospensione dell'esonero pagamento premi. Il Contraente sarà tenuto al pagamento del premio di polizza a decorrere da quello immediatamente successivo alla comunicazione della Società anche se frazionato in rate sub-annuali. Un documento che attesti l'esistenza in vita dell'Assicurato dovrà essere indirizzato alla Società ogni 12 mesi, anche se la stessa si riserva il diritto di richiederlo ogni qualvolta lo ritenesse necessario. Nel caso in cui l'Assicurato si rifiutasse di sottoporsi ai citati controlli o di esibire la documentazione richiesta, il pagamento del verrà sospeso.

Art. 2. RISCHI ESCLUSI

Le prestazioni previste nel contratto non sono accordate all'Assicurato se la causa che poi dia luogo allo stato di non autosufficienza esisteva al momento della sottoscrizione. Sono altresì esclusi dalla garanzia i casi di non autosufficienza dovuti alle seguenti cause:

- dolo o colpa grave del Contraente e del Beneficiario
- partecipazione attiva dell'assicurato ad atti dolosi
- tentativo di suicidio dell'Assicurato, mutilazione, uso di stupefacenti non ordinati dal medico, alcolismo acuto o cronico
- contaminazione radioattiva
- partecipazione attiva dell'Assicurato a fatti di guerra, insurrezioni, tumulti, sommosse ed atti di terrorismo
- omissione o falsa dichiarazione intenzionale dell'Assicurato
- disturbi mentali di origine non organica (es. psicosi, nevrosi, sindromi ansioso-depressive ecc.)

Art. 3. REQUISITI DI ASSICURABILITA'

Sono assicurabili tutte le persone fisiche:

- di età compresa tra 20 e 69 anni non compiuti alla data di stipulazione della presente polizza ;
- che abbiano sottoscritto la Proposta di Adesione e la Dichiarazione di Buono stato di salute contenuta nella stessa attraverso il mod. QSLTC01

Non sono assicurabili le Persone fisiche affette da:

- dipendenza da sostanze psicoattive (alcool – stupefacenti – farmaci psicoattivi);
- infezione da HIV;
- psicosi croniche prive di causalità organica nonché quella affetta da sindrome organiche cerebrali.

In caso di dichiarazioni inesatte oreticenti si applica quanto disposto dagli articoli 1892, 1893, 1894 del Codice Civile.

Art. 4. TERMINI DI ASPETTATIVA – CARENZE

La garanzia decorre:

- per gli infortuni, dalle ore 24 del giorno in cui ha effetto l'assicurazione;
- per la Non Autosufficienza da malattia 1 anno di carenza da quello in cui ha effetto l'assicurazione;
- Dopo un periodo di carenza di 3 anni a decorrere dalla data effetto l'assicurazione nel caso in cui il verificarsi della non autosufficienza sia conseguente all'insorgenza della malattia di **Alzheimer o similari demenze senili invalidanti di origine organica.**

Qualora la presente Polizza sia stata emessa in sostituzione di contratto analogo, riguardante lo stesso Assicurato, i termini di cui sopra operano con sequenza alla prima polizza.

In caso di sinistro durante il periodo di carenza i premi pagati vengono rimborsati e conseguentemente si annulla la polizza.

Art. 5. VALIDITA' TERRITORIALE

L'assicurazione è valida sel'evento o gli eventi che hanno determinato la non autosufficienza siano avvenuti o riscontrati :

- Infortuni : in tutto il mondo.

- Malattia : in tutto il mondo.

SINISTRI. DIRITTI E DOVERI DELLE PARTI

Art. 6. DENUNCIA DEL SINISTRO E OBBLIGHI DELL'ASSICURATO

L'Assicurato, o le persone che lo assistono, devono dare tempestiva comunicazione del sinistro alla Società, fornendo ogni notizia e documento ad esso relativi. L'omessa o tardiva comunicazione può comportare sia la perdita del diritto all'indennizzo, sia il riconoscimento di un indennizzo ridotto, secondo quanto previsto dall'art. 1915 del Codice Civile .

Art. 7. RICONOSCIMENTO DELLO STATO DI NON AUTOSUFFICIENZA

Verificatasi la non autosufficienza dell'Assicurato, il Contraente o l'Assicurato dovrà inoltrare denuncia alla Società per gli opportuni accertamenti, facendo pervenire alla stessa, a mezzo lettera raccomandata, la completa documentazione necessaria alla verifica dello stato di salute dell'Assicurato.

Tale documentazione dovrà comprendere un circostanziato certificato redatto dal medico curante o dal medico ospedaliero che ha – o ha avuto – in cura l'Assicurato, dal quale possa evincersi il grado di non autosufficienza dell'Assicurato stesso, l'epoca di esordio dei disturbi psico-motori (della stessa) e la precisazione circa la patogenesi (accidentale o da malattia) delle condizioni di inabilità. (di non autosufficienza).

A fronte della denuncia, la Compagnia invierà all'assicurato un apposito questionario che dovrà essere compilato direttamente dalle persone che si occupano dello stesso nonché dal medico curante ed ospedaliero. Quest'ultimo dovrà fornire le cartelle cliniche dei ricoveri ed i risultati degli esami complementari effettuati.

Qualora l'incapacità di effettuare le azioni della vita quotidiana fosse in relazione a disturbi mentali, comunque di origine organica, è necessario che lo stato di non autosufficienza sia constatato da uno psichiatra o da un neurologo mediante l'uso del test "Mini Mental State Examination" dal quale dovrà emergere un punteggio inferiore a 15.

Se gli elementi dai quali bisognerebbe evincere lo stato di non autosufficienza sono insufficienti, la compagnia si riserva il diritto di demandare ad un medico fiduciario il compito di richiedere ulteriori informazioni al medico curante o ospedaliero ed eventualmente di sottoporre l'assicurato ad ulteriori accertamenti clinici ritenuti indispensabili.

L'indennizzo sarà corrisposto nel caso in cui lo stato di non autosufficienza dell'Assicurato risulterà confermato e consolidato in maniera definitiva, tale da escludere ragionevolmente la possibilità di un miglioramento delle condizioni di salute dell'Assicurato stesso.

Una richiesta rifiutata potrà essere esaminata nuovamente dalla compagnia alle seguenti condizioni:

- sia trascorso un intervallo minimo di tempo di 3 mesi dalla risposta di rifiuto della Compagnia;
- siano nuovamente inviati gli accertamenti sanitari. Questi ultimi dovranno essere successivi alla data del rifiuto e dovranno giustificare l'aggravamento dello stato di salute.

Art. 8. ARBITRATO IRRITUALE

L'indennizzo è determinato in base a quanto stabilito dagli articoli che precedono.

Le eventuali controversie di natura medica sull'entità del danno, relativamente alle garanzie prestate, possono essere demandate per iscritto a due medici, nominati uno per parte, chesi riuniscono nel Comune più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato, sede di Istituto di medicina legale.

Tali medici, ove vi sia divergenza su quanto sopra indicato, costituiscono un Collegio medico formato da loro stessi e da un terzo medico dagli stessi nominato o, in caso di disaccordo, dal Consiglio dell'Ordine dei medici avente giurisdizione nel luogo ove deve riunirsi il Collegio dei medici. Il terzo medico così nominato avrà la funzione di Presidente del Collegio. Il Collegio medico risiede nel comune più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato, sede di Istituto di medicina legale. Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per metà delle spese e delle competenze per il terzo medico.

Le decisioni del Collegio medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le Parti che rinunciano fin d'ora a qualsiasi impugnativa, salvo i casi di violenza, dolo, errore o violazione di patti contrattuali.

I risultati delle operazioni arbitrali devono essere raccolti in apposito verbale, da redigersi in doppio esemplare, uno per ognuna delle Parti.

Le decisioni del Collegio medico sono vincolanti per le Parti anche se uno dei medici rifiuta di firmare il relativo verbale; tale rifiuto deve essere attestato dagli arbitri nel verbale definitivo.

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE

Art. 9. DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente o dell'Assicurato relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione ai sensi degli artt. 1892, 1893, 1894 del Codice Civile.

Art. 10. ALTRE ASSICURAZIONI

Il Contraente o l'Assicurato deve comunicare per iscritto alla Società l'esistenza e la successiva stipulazione di altre assicurazioni da lui sottoscritte aventi le medesime caratteristiche della presente con Compagnie diverse dalla Società. In caso di sinistro vale quanto disposto dall'art. 1910 del Codice Civile. Sulle prestazioni, nel caso in cui richiedesse l'intervento di un'altra impresa, le prestazioni previste dalla presente polizza, saranno operanti esclusivamente quale rimborso all'Assicurato degli eventuali maggiori costi a lui rimasti a carico dall'impresa assicuratrice che ha rimborsato direttamente la prestazione e sino al limite previsto per la tipologia dell'intervento subito.

Art. 11. PAGAMENTO DEL PREMIO E DECORRENZA DELLA GARANZIA

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato in Polizza se il premio o la prima rata di premio sono stati pagati; altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno di pagamento.

Se il Contraente non paga i premi o le rate di premio successivi, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del 15° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno di pagamento, ferme le successive scadenze e il diritto della Società al pagamento dei premi scaduti, ai sensi dell'art. 1901 del Codice Civile.

I premi devono essere pagati all'Intermediario al quale è assegnata la Polizza oppure alla Società.

Art. 12. MODIFICHE DELL'ASSICURAZIONE

Le eventuali modifiche dell'assicurazione devono essere provate per iscritto.

Art. 13. PROROGA DELL'ASSICURAZIONE

In mancanza di disdetta, data da una delle parti all'altra, mediante lettera raccomandata spedita almeno **trenta giorni prima della scadenza dell'assicurazione**, quest'ultima è prorogata per una durata uguale a quella originaria, esclusa la frazione d'anno, ma comunque non superiore ad un anno e così successivamente.

Art. 14. ONERI FISCALI

Gli oneri fiscali relativi all'assicurazione sono a carico del Contraente.

Art. 15. RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

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