



CONTRATTO DI ASSICURAZIONE

Malattia

PRENDITI CURA INTERVENTI

Mod.012.2014.PC INT

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.

CF ASSICURAZIONI S.p.A.

Sede Legale e Direzione Generale:
Viale Erminio Spalla, 9 00142 Roma
tel. 06 5129 4600 fax 06 5129 4650
info@cfassicurazioni.com
www.cfassicurazioni.com

Capitale sociale: € 23.000.000,00 i.v. - C.F./P.IVA: 09395811004 - REA CCIAA Roma n. 1160328 - Iscrizione Albo Imprese di Assicurazione n. 1.00158 - Autorizzazione all'esercizio della attività assicurativa con provv. ISVAP n. 2545 del 3/08/2007 - G.U. n. 195 23/08/2007 - Capogruppo del Gruppo Assicurativo CF Assicurazioni S.p.A. iscritto all'Albo dei Gruppi Assicurativi al n. 042



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

La presente nota informativa è aggiornata al 01. 01. 2014

la presente nota informativa è redatta secondo lo schema predisposto dall'IVASS (Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni) ma il suo contenuto non è soggetto alla preventiva approvazione dell'IVASS

A. INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE

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 23.000.000 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. IVASS (già 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 2012) CF Assicurazioni S.p.A. ha:

- un patrimonio netto pari a 9,743 milioni di Euro, con un Capitale Sociale di 10 milioni di euro e Riserve patrimoniali pari a 4,046 milioni di euro;
- un indice di solvibilità di 2,914, riferito alla gestione danni, che rappresenta il rapporto tra l'ammontare del margine di solvibilità disponibile e l'ammontare del margine di solvibilità richiesto dalla normativa vigente.

A. 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. 17 delle Condizioni di Assicurazioni.

Articolo 3 - Coperture assicurative offerte – Limitazioni ed esclusioni

Sezione A: indennizzoin caso di ricovero con intervento chirurgico.

(la scelta deve risultare dalla scheda di Proposta e Certificato e ne deve essere stato pagato il rispettivo premio)

Si assicura il pagamento di un indennizzo, in caso di ricovero con intervento chirurgico dell'Assicurato in Istituto di Cura (come da definizione), reso necessario da infortunio, da malattia, da parto con taglio cesareo e da aborto, escluse comunque le interruzioni volontarie di gravidanza.

L'ammontare dell'indennizzo è prestabilito in misura fissa e forfettaria per tipologia di intervento chirurgico il cui elenco è allegato alle presenti Condizioni :

Allegato 1 “Elenco dettagliato degli interventi chirurgici e loro classe di appartenenza”,

secondo i seguenti importi:

Garanzia standard:

CI.1 ° €.	250,00	CI.2 ° €.	400,00	CI.3 ° €.	1.500,00	CI.4 ° €.	2.500,00	CI.5 ° €.	5.000,00
-----------	--------	-----------	--------	-----------	----------	-----------	----------	-----------	----------

Garanzia Plus:

CI.1 ° €.	500,00	CI.2 ° €.	800,00	CI.3 ° €.	3.000,00	CI.4 ° €.	5.000,00	CI.5 ° €.	10.000,00
-----------	--------	-----------	--------	-----------	----------	-----------	----------	-----------	-----------

Pertanto rilevando la classe di appartenenza dell'intervento chirurgico, riportata nell'Allegato n.1, sarà determinato l'indennizzo da liquidare con il massimo di 5.000,00 o 10.000,00 euro secondo il tipo di garanzia scelto nella Proposta e Certificato di assicurazione, per persona e per anno assicurativo.

L'indennizzo è effettuato a prescindere se l'Assicurato ha sostenuto o no spese.

Sezione B: estensione indennizzo Parto Cesareo (la scelta deve risultare dalla scheda di Proposta e Certificato e ne deve essere stato pagato il rispettivo premio).

Mediante sovrappremio è possibile elevare l'indennizzo da liquidare dalla classe di appartenenza 3° prevista per questo tipo di intervento, alla Classe 5° riportata nell'Allegato n.1 “Elenco dettagliato degli interventi chirurgici e loro classe di appartenenza”, predetto.

Sezione C: indennizzo mensile in caso di Malattia allo stato terminale (come da definizione).

(la scelta deve risultare dalla scheda di Proposta e Certificato e ne deve essere stato pagato il rispettivo premio).

Si assicura il pagamento di un indennizzo pari a 2.000,00 euro mensili, con il massimo di sei mesi per persona e per evento, in caso di Malattia allo stato terminale che rende l'Assicurato non più autosufficiente e bisognoso di cure ed assistenza con decesso prossimo ed ipotizzato e certificato da medico e Istituto di cura. Il calcolo del mese da indennizzare sarà effettuato per mensilità intere di 30 giorni per 30 giorni dal giorno 1° al giorno 30 di ciascun mese di stato terminale.

Per questa garanzia, l'Assicurato potrà richiedere un anticipo indennizzi per tre mesi come regolato dall'Art.10 delle Condizioni di Assicurazione.

Esempio di liquidazione indennizzo evento Sez. "C":

Invio Certificato Mal. terminale	1^ Liquidazione Indennizzo	2^ Liquidazione Indennizzo	
15.09.2011	Euro 6.000 pari a 3 mesi	Se Assicurato in vita al 16.12.2011	Se Assicurato in vita al 16.03.2012
		Euro 6.000 pari a ulteriori 3 mesi	Fine indennizzi massimo assicurati 6 mensilità.
Se si verificasse il decesso nel periodo liquidato, la Società richiederà agli eredi la restituzione delle mensilità anticipate come indennizzi ma non dovute.			

AVVERTENZA: Il contratto prevede 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: sono assicurabili tutte le persone sino a 69 anni di età. L'Assicurazione cessa alla scadenza annuale del premio successiva al compimento del 70esimo anno di età. Per maggiori dettagli si rinvia all'Art. 4 delle Condizioni di Assicurazione.

Articolo 4: Periodi di carenze Contrattuali.

AVVERTENZA: Il contratto prevede la presenza di carenze. Per aspetti di maggior dettaglio si rimanda all'Art.5 delle Condizioni di Assicurazione.

Per carenza si intende il periodo durante il quale le garanzie del contratto non sono efficaci, ovvero il numero di giorni a far data dalla decorrenza della polizza durante i quali la garanzia non è efficace. Qualora il sinistro avvenga in tale periodo la Società non corrisponde la prestazione assicurata.

Articolo 5: Dichiarazioni dell'assicurato in ordine alle circostanze del rischio - Questionario sanitario - 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.11 delle Condizioni di Assicurazione.

AVVERTENZA: Le risposte alle domande contenute nei questionari anamnestici allegati alla scheda di polizza, devono essere fornite in maniera precisa e veritiera e devono essere confermate e sottoscritte.

Articolo 6 - Aggravamento e diminuzione del rischio e variazioni nella professione

Il Contraente o l'Assicurato deve dare comunicazione scritta alla Società di ogni aggravamento del rischio. Gli aggravamenti di rischio non noti o non accettati dalla Società possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione, ai sensi dell'art. 1898 del Codice Civile.

Articolo 7 - Premi

Le garanzie assicurate sono garantite previo pagamento alla Società di un premio annuale su polizza sempre di durata annuale e corrisposto da parte del Contraente in via anticipata .

L'assicurazione ha effetto se il premio è stato corrisposto; **altrimenti avrà effetto dalle ore 24:00 del giorno di pagamento.**

AVVERTENZA: La polizza non prevede sconti.

Il pagamento del premio avverrà prettamente attraverso gli intermediari.

MEZZI DI PAGAMENTO CONSENTITI

Contanti (sino a € 750,00), assegni, bonifici, POS (quest'ultimo se l'intermediario ne è provvisto)

Articolo 8 - 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 9 - 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 10 - 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 11 - Legge applicabile al contratto

La Compagnia applica al contratto la legge italiana.

Articolo 12 - 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.

B. INFORMAZIONI SULLE PROCEDURE LIQUIDATIVE E SUI RECLAMI

Articolo 13 - 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 14 - Assistenza diretta - Convenzioni

La presente polizza, essendo di tipo indennitario, non è associata a Convenzioni con Enti Sanitari pertanto non viene prestata alcuna assistenza diretta.

Articolo 15 - 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. **I reclami 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) ogni documento utile per descrivere più compiutamente le relative circostanze, e dovranno essere inviati all'Ufficio Legale- Gestione Reclami della Società alla seguente casella di posta elettronica: – e-mail reclami@cfassicurazioni.com**

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'IVASS, Servizio Tutela degli Utenti, Via del Quirinale, 21 00187 Roma -

I reclami indirizzati all'IVASS 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'IVASS 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 16 - Arbitrato

AVVERTENZA: Le eventuali controversie di natura medica sull'entità del danno, relativamente alle garanzie prestate, nonché sull'applicazione dei criteri d'indennizzabilità previsti dall'Art.10, possono essere demandate per iscritto a due medici, nominati uno per parte, che si 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.

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.

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.

Malattia allo stato terminale: lo stato di malattia di un assicurato che rende lo stesso non più autosufficiente e bisognoso di cure ed assistenza con decesso prossimo ipotizzato e certificato da medico e Istituto di cura.

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 Mandini



PRENDITI CURA INTERVENTI

CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

Art. 1. OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE – Garanzie prestate.

Sezione A: indennizzo in caso di ricovero con intervento chirurgico.

(la scelta deve risultare dalla scheda di Proposta e Certificato e ne deve essere stato pagato il rispettivo premio)

Si assicura il pagamento di un indennizzo, in caso di ricovero con intervento chirurgico dell'Assicurato in Istituto di Cura (come da definizione), resonecessario da infortunio, da malattia, da parto con taglio cesareo e da aborto, escluse comunque interruzioni volontarie di gravidanza.

L'ammontare dell'indennizzo è prestabilito in misura fissa e forfettaria per tipologia di intervento chirurgico il cui elenco è allegato alle presenti Condizioni :

Allegato 1 “Elenco dettagliato degli interventi chirurgici e loro classe di appartenenza”,

secondo i seguenti importi:

Garanzia standard:

Cl.1 ° €. 250,00	Cl.2 ° €. 400,00	Cl.3 ° €. 1.500,00	Cl.4 ° €. 2.500,00	Cl.5 ° €. 5.000,00
--------------------------	--------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------

Garanzia Plus:

Cl.1 ° €. 500,00	Cl.2 ° €. 800,00	Cl.3 ° €. 3.000,00	Cl.4 ° €. 5.000,00	Cl.5 ° €. 10.000,00
--------------------------	--------------------------	----------------------------	----------------------------	-----------------------------

Pertanto rilevando la classe di appartenenza dell'intervento chirurgico, riportata nell'Allegato n.1, sarà determinato l'indennizzo da liquidare con il massimo di 5.000,00 euro (garanzia Standard) o 10.000,00 euro (garanzia Plus) secondo il tipo di garanzia scelta nella Proposta e Certificato di assicurazione, per persona e per anno assicurativo.

L'indennizzo è effettuato a prescindere se l'Assicurato ha sostenuto o no spese.

Sezione B: estensione indennizzo Parto Cesareo (la scelta deve risultare dalla scheda di Proposta e Certificato e ne deve essere stato pagato il rispettivo premio).

Mediante sovrappremio è possibile elevare l'indennizzo da liquidare dalla classe di appartenenza 3° prevista per questo tipo di intervento, alla Classe 5° riportata nell'Allegato n.1 “**Elenco dettagliato degli interventi chirurgici e loro classe di appartenenza**”, predetto.

Sezione C: indennizzo mensile in caso di Malattia allo stato terminale (come da definizione).

(la scelta deve risultare dalla scheda di Proposta e Certificato e ne deve essere stato pagato il rispettivo premio).

Si assicura il pagamento di un indennizzo pari a 2.000,00 euro mensili, con il massimo di sei mesi per persona e per evento, in caso di Malattia allo stato terminale che rende l'Assicurato non più autosufficiente e bisognoso di cure ed assistenza con decesso prossimo ipotizzato e certificato da medico e Istituto di cura. Il calcolo del mese da indennizzare sarà effettuato per mensilità intere di 30 giorni per 30 giorni dal giorno 1° al giorno 30 di ciascun mese di stato terminale.

Per questa garanzia, l'Assicurato potrà richiedere un anticipo indennizzi come regolato dall'Art.10 delle Condizioni di Assicurazione.

Art. 2. RISCHI ESCLUSI

Sono esclusi dalla garanzia:

- **gli infortuni, le malattie, le malformazioni, i difetti fisici e gli stati patologici diagnosticati anteriormente alla stipulazione del contratto;**
- **gli stati patologici correlati alla infezione da HIV;**
- **le malattie mentali e i disturbi psichici in genere, ivi compresi i comportamenti nevrotici;**
- **gli infortuni e le malattie conseguenti all'abuso di alcolici, all'uso di allucinogeni e all'usonon terapeutico di psicofarmaci e di stupefacenti;**
- **gli infortuni conseguenti ad azioni delittuose compiute dall'Assicurato; sono invece compresi quelli sofferti in conseguenza di imprudenza o negligenza anche gravi dell'Assicurato stesso;**
- **gli infortuni derivanti da sport aerei e dalla partecipazione a gare motoristiche e relative prove ed allenamenti, salvo che si tratti di gare di regolarità;**
- **le cure dentarie e le parodontiopatîe non conseguenti ad infortunio;**
- **le applicazioni di carattere estetico (salvo gli interventi di chirurgia plastica o stomatologicaricostruttiva resi necessari da infortunio o malattia);**

- le conseguenze di guerre e insurrezioni, movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche e inondazioni;
- le conseguenze di trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.).

Art. 3. PERSONE NON ASSICURABILI

Premesso che La Società, qualora fosse stata a conoscenza che l'Assicurato era affetto da alcolismo, tossicodipendenza, sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS) o da una delle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, disturbi schizofrenici, disturbi paranoici, forme maniaco-depressive, non avrebbe consentito a prestare l'assicurazione, si conviene che, qualora una o più delle malattie o delle affezioni sopra richiamate insorgano nel corso del contratto, si applica quanto disposto dall'art. 1898 del Codice Civile indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute dell'Assicurato. In caso di dichiarazioni inesatte o reticenti si applica quanto disposto dall'Art. 11 "Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio" riportato nelle Norme che Regolano l'Assicurazione in Generale e dagli articoli 1892, 1893, 1894 del Codice Civile.

Art. 4. LIMITI DI ETÀ

L'assicurazione vale per persone di età non superiore a 70 anni. Tuttavia, per le persone che raggiungono tale età in corso di contratto, l'assicurazione mantiene la sua validità fino alla successiva scadenza annuale del premio.

L'eventuale incasso dei premi, scaduti successivamente, da parte della Società, dà diritto all'Assicurato di richiederne la restituzione, con la maggiorazione degli interessi legali, in qualunque momento.

Art. 5. TERMINI DI ASPETTATIVA – CARENZE

La garanzia decorre:

- per gli infortuni, dalle ore 24 del giorno in cui ha effetto l'assicurazione;
- per le malattie, dal 30° giorno successivo a quello in cui ha effetto l'assicurazione;
- per l'aborto e per le malattie dipendenti dalla gravidanza, dal 30° giorno successivo a quello in cui ha effetto l'assicurazione, purché la gravidanza abbia avuto inizio dopo questa data;
- per il parto cesareo, dal 300° giorno successivo a quello in cui ha effetto l'assicurazione,
- Per le malattie allo stato terminale dal 360° giorno successivo a quello in cui ha effetto l'assicurazione.

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.

Art. 6. VALIDITÀ TERRITORIALE

L'assicurazione è valida se il ricovero e l'intervento chirurgico sia effettuato per la garanzia:

- Infortuni : in tutto il mondo.
- Malattia : in tutto il mondo.

Art. 7. RINUNCIA AL DIRITTO DI SURROGAZIONE

La Società rinuncia a favore dell'Assicurato o dei suoi aventi diritto, all'azione di surrogazione di cui all'art. 1916 Codice Civile verso i terzi responsabili di eventuali infortuni che abbiano determinato sinistro a termini della presente polizza.

SINISTRI. DIRITTI E DOVERI DELLE PARTI

Art. 8. DENUNCIA DEL SINISTRO E OBBLIGHI DELL'ASSICURATO

In caso di sinistro il Contraente o l'Assicurato deve darne avviso scritto alla Società, entro 5 giorni da quello del ricovero.

L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, ai sensi dell'art. 1915 del Codice Civile.

L'Assicurato deve produrre copia della cartella clinica completa inerente il ricovero e l'intervento e, su richiesta, sottoporsi agli accertamenti e ai controlli medici disposti dalla Società e fornire alla stessa ogni informazione e, a tal fine, sciogliendo dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato.

Se operante la garanzia Malattia allo stato terminale, inoltre l'Assicurato o chi per lui, deve produrre certificato di non più autosufficienza e di necessità di cure ed assistenza con decesso prossimo ipotizzato documentato da medico e Istituto di cura con le cause della malattia.

Art. 9. VALUTAZIONE DEL DANNO – 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, nonché sull'applicazione dei criteri d'indennizzabilità previsti dall'Art. 10, "Criteri di indennizzabilità", possono essere

demandate per iscritto a due medici, nominati uno per parte, che si 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 rifiuti di firmare il relativo verbale; tale rifiuto deve essere attestato dagli arbitri nel verbale definitivo.

Art. 10. CRITERI DI INDENNIZZABILITA'

Relativamente agli eventi di cui alla sezione A e B : indennizzo in caso di ricovero con intervento chirurgico:

il pagamento dell'indennità viene effettuato dopo l'avvenuta presentazione in originale della cartella clinica e di ogni altra documentazione medica.

Nell'ipotesi in cui l'Assicurato subisse, nel corso dello stesso ricovero, più interventi chirurgici, gli sarà indennizzato solo l'intervento di classe più elevata. L'indennità è corrisposta in Italia, in valuta italiana.

Relativamente agli eventi di cui alla sezione C: indennizzo mensile in caso di Malattia allo stato terminale:

il pagamento dell'indennità viene effettuato dopo l'avvenuta presentazione in originale della cartella clinica e delle certificazioni del Medico che attestino lo stato Malattia allo stato terminale o di ogni altra documentazione medica idonea. L'indennità è corrisposta in Italia, in valuta italiana in tranches di tre mesi per tre mesi con il massimo di sei indennità mensili.

Per questa garanzia l'Assicurato o chi per lui può richiedere l'anticipo indennizzo delle 3 mensilità della prima e della seconda tranche una volta maturata la prima mensilità di stato di Malattia Terminale di ciascuna tranche, fermo rimanendo la eventuale restituzione dell'anticipo delle mensilità ricevute e non dovute in caso di premorienza dell'assicurato stesso.

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE

Art. 11. 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. 12. 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. 13. 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. 14. MODIFICHE DELL'ASSICURAZIONE

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

Art. 15. AGGRAVAMENTO DEL RISCHIO

Il Contraente o l'Assicurato deve dare comunicazione scritta alla Società di ogni aggravamento del rischio.

Gli aggravamenti di rischio non noti o non accettati dalla Società possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione, ai sensi dell'art. 1898 del Codice Civile.

Art. 16. DIMINUIZIONE DEL RISCHIO

Nel caso di diminuzione del rischio la Società è tenuta a ridurre il premio o le rate di premio successivi alla comunicazione dell'Assicurato, ai sensi dell'art. 1897 del Codice Civile, e rinuncia al relativo diritto di recesso.

Art. 17. 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. 18. ONERI FISCALI

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

Art. 19. RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

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

SEGUE ALLEGATO 1

**ELENCO DETTAGLIATO DEGLI INTERVENTI CHIRURGICI
E
LORO CLASSE DI APPARTENENZA**