



Insalute OK

Contratto di assicurazione malattia individuale

Ramo 80

Ed. Gennaio 2019

www.darag.it

DARAG Italia S.p.A.

Sede Legale e Direzione
Via G. Lorenzini 4, 20139 Milano

Società per Azioni a socio unico - Capitale sociale € 43.900.000 i.v. - Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con Decreto del Ministero dell'Industria, del Commercio e dell'Artigianato del 20/6/1986 (G.U. 26/6/1986 n.146) - N° Registro Imprese di Milano e Codice Fiscale 07707320151- Partita IVA N° 10042300151 - Iscritta alla Sez. 1 Albo Imprese IVASS al n. 1.00061 - Società soggetta a direzione e coordinamento di DARAG Group Limited con sede a Malta.

Glossario

Edizione 01/2019

Le definizioni qui di seguito riportate sono valide per tutti i settori di polizza.

Assicurato

Il soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione.

Assicurazione

Il contratto di assicurazione.

Contraente

Il soggetto che stipula l'assicurazione.

Day Hospital

Degenza escluso pernottamento.

Diaria

Indennità giornaliera prevista a seguito di determinati eventi inerenti l'infortunio o la malattia.

Franchigia

Somma prestabilita contrattualmente risultante dalla scheda di polizza che viene dedotta dall'indennizzo dovuto.

Gessatura

Mezzo di contenzione costituito da fasce, docce o altri apparecchi che realizzino l'immobilizzazione della parte, confezionato anche con gesso, purché non suscettibile di rimozione da parte dell'Assicurato.

Indennizzo

La somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.

Infortunio

L'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili, le quali abbiano per conseguenza una delle garanzie pattuite.

Invalità permanente

L'invalità che comporti la perdita o la diminuzione, definitiva ed irrimediabile, della capacità lavorativa generica.

Istituto di cura

Ogni struttura sanitaria regolarmente autorizzata alla erogazione dell'assistenza ospedaliera, esclusi comunque stabilimenti termali, case di convalescenza e soggiorno, ospizi per persone anziane, ospedali militari e istituti specializzati per la riabilitazione.

Malattia

Ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio.

Nucleo familiare

Persone assicurate per Rimborso spese di cura identificate in polizza nell'"Elenco persone assicurate".

Periodo di assicurazione

Per contratti di durata inferiore ai 365 giorni è pari alla durata stessa del contratto.

Per contratti di durata uguale o superiore ai 365 giorni, cioè ad un anno, è pari a 365 giorni, cioè un anno.

Polizza

Il documento che prova l'assicurazione.

Premio

La somma dovuta dal Contraente alla Società.

Ricovero

La degenza, in istituto di cura, comportante il pernottamento.

Rischio

La probabilità che si verifichi il sinistro.

Sinistro

Il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata la garanzia assicurativa.

Società

DARAG Italia S.p.A.

Condizioni generali di assicurazione

Edizione 01/2019

Norme che regolano l'assicurazione in generale

Art. 1 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente e/o dell'Assicurato relative a circostanze che influiscano 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 e 1894 del Codice Civile.

Art. 2 - Altre assicurazioni

Il Contraente deve comunicare per iscritto alla Società l'esistenza o la successiva stipulazione di altre assicurazioni per uno o più rischi coperti con la presente polizza, ai sensi dell'Art. 1910 C.C.. La Società, entro 60 giorni dalla comunicazione, può recedere dal contratto con preavviso di almeno 30 giorni; in tal caso rimborsa, entro 30 giorni dalla data di efficacia del recesso, il rateo di premio imponibile pagato e non goduto.

Art. 3 - Pagamento del premio

Ai sensi dell'Art. 1901 del Codice Civile, 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 del 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 del pagamento, ferme le successive scadenze ed il diritto della Società al pagamento dei premi scaduti. I sinistri avvenuti durante la sospensione sono esclusi dalla copertura. I premi devono essere pagati all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza oppure alla Società.

Art. 4 - Modifiche dell'assicurazione

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

Art. 5 - Obblighi in caso di sinistro

In caso di sinistro il Contraente, o chi per esso, deve darne avviso scritto all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza, oppure alla Società entro 3 giorni da quando ne ha avuto conoscenza o da quando ha avuto la possibilità (Art. 1913 Codice Civile).

L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo (Art. 1915 C.C.).

Art. 6 - Scadenza di polizza

La polizza termina automaticamente alla scadenza pattuita, senza tacita proroga e senza necessità di disdetta.

Art. 7 - Persone non assicurabili

Premesso che la Società, qualora fosse stata a conoscenza che l'Assicurato era affetto da alcolismo, tossicodipendenza

o sindromi da immunodeficienza acquisita (AIDS), 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 reticenze si applica quanto disposto dall'Art. 1 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio - delle Condizioni generali di assicurazione.

Art. 8 - Estensione territoriale

L'assicurazione vale per il mondo intero.

Art. 9 - Oneri fiscali

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

Art. 10 - Rinvio alle norme di Legge

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

Norme che regolano le garanzie Rimborso spese di cura - Diaria da ricovero - Diaria da convalescenza o da gessatura

Art. 11 - Rimborso spese di cura

Alle condizioni che seguono, la Società rimborsa all'Assicurato in caso di:

- ricovero in istituto di cura pubblico o privato, reso necessario da infortunio o malattia;
- intervento chirurgico anche senza ricovero, in istituto di cura pubblico o privato o in ambulatorio reso necessario da infortunio o malattia;
- parto o aborto terapeutico comportante il ricovero;

le spese da lui sostenute fino alla concorrenza del massimale indicato in polizza per:

- a) gli accertamenti diagnostici (compresi gli onorari dei medici) effettuati anche al di fuori dell'istituto di cura pubblico o privato nei 100 giorni precedenti il ricovero, l'intervento chirurgico senza ricovero, il parto o l'aborto terapeutico comportante il ricovero, purché relativi al sinistro denunciato;
- b) l'onorario del chirurgo e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento; diritti di sala operatoria e materiale di intervento (ivi compresi gli apparecchi terapeutici e le endoprotesi applicati durante l'intervento);
- c) l'assistenza medica, infermieristica, le cure ed i trattamenti fisioterapici e rieducativi, gli esami ed i medicinali, durante il ricovero;
- d) le rette di degenza;
- e) il trasporto dell'Assicurato in autoambulanza all'istituto di cura o all'ambulatorio per il ricovero o per l'intervento e, dopo la dimissione, per il trasporto al suo domicilio;
- f) gli esami, l'acquisto di medicinali, le prestazioni mediche, chirurgiche, i trattamenti fisioterapici e rieducativi, le

cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera), purchè inerenti e conseguenti al ricovero o all'intervento chirurgico, sostenute nei 100 giorni successivi a quello della dimissione dall'istituto di cura (pubblico o privato) o da quello dell'intervento chirurgico senza ricovero;

- g) il trapianto di organi o di parte di essi conseguenti a malattia od infortunio, per le prestazioni sanitarie rese necessarie per il prelievo sul donatore.

Nel caso di donazione da vivente, la garanzia comprende il rimborso delle spese sostenute per le prestazioni effettuate durante il ricovero relative al donatore per accertamenti diagnostici, assistenza medica ed infermieristica, intervento chirurgico (onorari del chirurgo e dell'équipe operatoria e materiale d'intervento), cure, medicinali e rette di degenza;

- h) le prestazioni sanitarie successive al parto indennizzabile a termini di polizza e rese necessarie da cure per il neonato durante il ricovero, con il massimale di euro 1.000,00; in caso di parto plurimo il massimale di euro 1.000,00 varrà per ogni neonato;
- i) vitto e pernottamento dell'eventuale accompagnatore nell'istituto di cura o, in caso di comprovata non disponibilità dell'istituto stesso, in una struttura alberghiera.

La garanzia è prestata per un periodo massimo di 90 giorni con il limite giornaliero di euro 60,00.

L'onere a carico della Società per l'insieme delle prestazioni di cui ai precedenti punti e) ed f) non potrà superare l'importo di euro 2.000,00.

Nei casi di parto con o senza taglio cesareo, di aborto terapeutico, di interventi sulle tonsille, per vegetazioni adenoidi, emorroidi, varici, colecistectomie per calcoli, meniscopatie e di ricostruzione dei legamenti articolari del ginocchio, appendiciti ed ernie non discali, il rimborso non potrà superare per ogni singolo evento l'importo di euro 3.000,00.

Art. 11.1 - Massimale unico per nucleo familiare

Se è stata resa operante la relativa forma, il massimale indicato in polizza si intende prestato per evento, per periodo assicurativo e per nucleo familiare.

Art. 11.2 - Servizio Sanitario Nazionale

Qualora l'Assicurato - in caso di ricovero - si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, le prestazioni valgono per le spese o per l'eccedenza di spese sostenute in proprio dall'Assicurato stesso. Nel caso in cui il ricovero sia a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale e comunque nel caso in cui l'Assicurato non abbia sostenuto alcuna spesa, le prestazioni di cui sopra vengono sostituite da una indennità, pari a euro 120,00 giornaliera, per ciascun giorno, a partire dal sesto giorno successivo a quello del ricovero stesso, con il limite di 90 giorni.

Art. 11.3 - Limiti degli indennizzi

Nel corso di uno stesso periodo assicurativo annuo, l'ammontare complessivo degli indennizzi per l'insieme delle prestazioni garantite non può superare il massimale assicurato.

Art. 12 - Diaria da ricovero

La Società corrisponde all'Assicurato, in caso di ricovero in istituto di cura pubblico o privato, reso necessario da malattia, infortunio, parto o aborto terapeutico, l'indennità giornaliera assicurata, per ciascun giorno di degenza e per

la durata massima di 300 giorni per evento e per periodo assicurativo, con il limite di 5 giorni per il parto non cesareo o l'aborto terapeutico. La giornata di entrata e quella di uscita dall'istituto di cura sono considerate una sola giornata, qualunque sia l'ora del ricovero e della dimissione. L'assicurazione vale anche in caso di degenza diurna continuativa (Day Hospital) purchè non inferiore a 3 giorni consecutivi (non tenendo conto delle festività); l'indennità giornaliera verrà corrisposta nella misura pari alla metà della somma giornaliera assicurata.

Art. 13 - Diaria da convalescenza da gessatura

In caso di ricovero in istituto di cura pubblico o privato, indennizzabile a termini di polizza, ma non conseguente ad infortunio comportante "gessatura", la Società corrisponde l'indennità giornaliera di convalescenza garantita a decorrere dal giorno successivo a quello della dimissione dell'Assicurato dall'istituto di cura, per una durata pari a quella del ricovero con un massimo di 60 giorni. Sono esclusi da questa garanzia il parto con o senza taglio cesareo, l'aborto terapeutico e le malattie dipendenti dalla gravidanza e dal puerperio.

Qualora in conseguenza dell'infortunio sia stata applicata "gessatura", la Società corrisponde all'Assicurato la suddetta indennità giornaliera, dal giorno di dimissione dall'istituto di cura se vi è stato "ricovero", oppure dal giorno dell'applicazione della "gessatura" se non vi è stato ricovero, fino alla sua rimozione e comunque per un periodo non superiore a 45 giorni per gli arti superiori e di 90 giorni per gli arti inferiori, vertebre e bacino.

La garanzia non è operante nel caso in cui la lesione che ha comportato l'applicazione della "gessatura" riguardi singole dita dei piedi o delle mani salvo che si tratti del pollice o dell'indice.

Art. 14 - Termini di aspettativa

La garanzia ha effetto dalle ore 24:

- del giorno di decorrenza della garanzia per le prestazioni relative agli infortuni;
- del 30° giorno successivo a quello di decorrenza della garanzia per le prestazioni relative alle malattie;
- del 300° giorno successivo a quello di decorrenza della garanzia per le prestazioni relative a situazioni patologiche insorte anteriormente alla stipulazione del contratto, nonché per il parto.

Per l'aborto terapeutico e per le malattie dipendenti da gravidanza o puerperio, la garanzia è operante - con il termine di aspettativa di 30 giorni - soltanto se la gravidanza ha avuto inizio in un momento successivo a quello di effetto dell'assicurazione.

A maggior precisazione di quanto sopra, la Società non effettuerà alcun rimborso per le prestazioni iniziate durante il periodo di aspettativa e protrattesi, senza soluzione di continuità, oltre tale termine.

Qualora la presente polizza sia stata emessa in sostituzione o in ripresa alla scadenza annuale, senza soluzione di continuità, di altra polizza stipulata con DARAG Italia S.p.A., riguardante gli stessi Assicurati ed identiche garanzie, i termini di aspettativa di cui sopra operano:

- dal giorno di decorrenza della garanzia di cui alla polizza sostituita, per le prestazioni e le somme da quest'ultima previste;
- dal giorno di decorrenza della garanzia di cui alla presente polizza, limitatamente alle maggiori somme e alle diverse prestazioni da essa previste.

La norma di cui al comma precedente vale anche nel caso di variazioni intervenute nel corso di uno stesso contratto.

Art. 15 - Esclusioni

L'assicurazione non è operante per:

- a) le conseguenze dirette di infortuni, nonché per le malattie, malformazioni e stati patologici che abbiano dato origine a cure o esami o diagnosi anteriori alla stipulazione del contratto;
 - b) l'eliminazione o correzione di difetti fisici preesistenti alla stipulazione della polizza;
 - c) gli stati patologici correlati alla infezione da HIV;
 - d) i trattamenti delle malattie mentali e disturbi psichici in genere, ivi compresi i comportamenti nevrotici;
 - e) gli infortuni derivanti da delitti dolosi dell'Assicurato (compresi, invece, gli infortuni cagionati da colpa grave);
 - f) gli infortuni e le intossicazioni conseguenti ad abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché all'uso di stupefacenti o allucinogeni;
 - g) l'aborto non terapeutico;
 - h) le prestazioni aventi finalità estetiche (salvi gli interventi di chirurgia plastica o stomatologica ricostruttiva resi necessari da infortunio o da interventi chirurgici demolitivi);
 - i) le protesi dentarie, le parodontopatie nonché, quando non siano rese necessarie da infortunio, le cure dentarie;
 - l) l'acquisto, la manutenzione e la riparazione di apparecchi protesici e terapeutici, salvo quanto previsto dall'Art. 11 lettera b);
 - m) gli infortuni subiti in occasione della pratica di pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme, scalata di roccia o ghiaccio, speleologia, salto dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico, bob, rugby, football americano, immersione con autorespiratore, paracadutismo, parapendio o sports aerei in genere;
 - n) gli infortuni derivanti dalla partecipazione a competizioni sportive in genere e relative prove, salvo che si tratti di gare podistiche, gare di bocce, golf, pesca non subacquea, scherma, tennis, nonché di gare o partite aziendali, interaziendali od aventi carattere ricreativo;
 - o) i ricoveri dovuti alla necessità dell'Assicurato di avere assistenza di terzi per effettuare gli elementari atti della vita quotidiana nonché i ricoveri per lunga degenza. Per lunga degenza si intendono i ricoveri per i casi in cui le condizioni fisiche dell'Assicurato sono tali che una guarigione non può più essere raggiunta con trattamenti medici e la permanenza in un istituto di cura è resa necessaria da misure di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento;
 - p) i ricoveri in case di riposo ancorché qualificate come istituti di cura;
 - q) le conseguenze dirette o indirette di trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati e delle accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi x, ecc.) salvo che il danno alla salute sia conseguente a radiazioni utilizzate per terapie mediche;
 - r) le conseguenze di guerre, insurrezioni, movimenti tellurici o eruzioni vulcaniche;
 - s) i ricoveri determinati da trattamenti estetici, cure dimagranti e dietetiche;
 - t) le prestazioni per la diagnosi della sterilità e dell'impotenza.
- Per le maggiori somme e le diverse prestazioni conseguenti a variazioni intervenute nel corso del contratto, le disposizioni di cui alle lettere a) e b) si applicheranno con riguardo alla data della variazione, anziché a quella di stipulazione del contratto.

Norme che regolano la garanzia di invalidità permanente da malattia

Art. 16 - Invalidità permanente da malattia

La garanzia è operante per il caso di invalidità permanente conseguente a malattia insorta successivamente alla data di effetto dell'assicurazione secondo quanto previsto dal successivo Art. 16.1 e manifestatasi non oltre 365 giorni cioè un anno dalla cessazione dell'assicurazione.

Art. 16.1 - Decorrenza della garanzia e termini di aspettativa

La garanzia decorre dalle ore 24 del 90° giorno successivo al momento in cui, ai sensi dell'Art. 3 delle Norme che regolano l'assicurazione in generale, ha effetto l'assicurazione.

Qualora la presente polizza sia stata emessa in sostituzione o in ripresa, alla scadenza annuale senza soluzione di continuità, di altra polizza, riguardante gli stessi Assicurati e identiche garanzie, i termini di aspettativa di cui sopra operano:

- dal giorno di decorrenza della garanzia di cui alla polizza sostituita, per le prestazioni e le somme da quest'ultima previste;
- dal giorno di decorrenza della garanzia di cui alla presente polizza limitatamente alle maggiori somme e alle diverse prestazioni da essa previste.

La norma di cui al comma precedente vale anche nel caso di variazioni intervenute nel corso di uno stesso contratto.

Art. 16.2 - Esclusioni

L'assicurazione non è operante per le invalidità permanenti causate direttamente o indirettamente da:

- a) infortuni, malattie, malformazioni e stati patologici in genere, anteriori alla data di decorrenza del presente contratto;
- b) abuso di alcolici od uso, a scopi non terapeutici, di psicofarmaci, stupefacenti od allucinogeni;
- c) malattie mentali e disturbi psichici in genere, ivi compresi i comportamenti nevrotici;
- d) trattamenti estetici, cure dimagranti e dietetiche;
- e) trasformazioni od assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e le accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.), salvo che il danno alla salute sia conseguente a radiazioni utilizzate per terapie mediche;
- f) guerre ed insurrezioni, movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche;
- g) delitti dolosi compiuti dall'Assicurato o atti contro la propria persona da lui volontariamente commessi o consentiti;
- h) gli stati patologici correlati alla infezione da HIV.

Art. 16.3 - Criteri di indennizzabilità

La Società corrisponde l'indennizzo per le conseguenze dirette causate dalla singola malattia.

Qualora la malattia colpisca un soggetto già affetto da altre patologie, è comunque ritenuto non indennizzabile il maggior pregiudizio derivante da condizioni menomative coesistenti (*).

Nel corso dell'assicurazione, le invalidità permanenti da malattia già accertate non potranno essere oggetto di ulteriore valutazione sia in caso di loro aggravamento, sia in caso di loro concorrenza (***) con nuove malattie.

Nel caso quindi la malattia colpisca un soggetto la cui invalidità sia già stata accertata per una precedente malattia, la valutazione dell'ulteriore invalidità andrà effettuata in modo autonomo, senza tener conto del maggior pregiudizio arrecato dalla preesistente condizione menomativa.

(*) Malattie coesistenti: malattie o invalidità presenti nel soggetto, che non determinano alcuna influenza peggiorativa sulla malattia denunciata e sulla invalidità da essa causata, in quanto interessano sistemi organo-funzionali diversi.

(**) Malattie concorrenti: malattie o invalidità presenti nel soggetto, che determinano una influenza peggiorativa sulla malattia denunciata e sulla invalidità da essa causata, in quanto interessano uno stesso sistema organo-funzionale.

Art. 16.4 - Criteri e termini di liquidazione

La percentuale di invalidità permanente viene accertata - non prima che siano decorsi 365 giorni cioè un anno dalla data di denuncia della malattia - con riferimento alla tabella per l'industria allegata al D.P.R. 30 giugno 1965 n. 1124 e successive modifiche della tabella stessa intervenute fino al 24 luglio 2000.

Per gli organi od arti che abbiano subito una minorazione, le percentuali di invalidità previste dalla tabella sopra citata per la perdita totale degli stessi vengono ridotte in proporzione alla funzionalità perduta da detti organi od arti.

Nei casi di invalidità permanente non specificati nella tabella menzionata, l'indennizzo è stabilito facendo riferimento alle percentuali dei casi indicati, tenendo conto della diminuita capacità lavorativa generica, indipendentemente dalla professione dell'Assicurato.

La minorazione e/o perdita totale, anatomica o funzionale, di più organi od arti comporta l'applicazione di una percentuale d'invalidità pari alla somma delle singole percentuali dovute per ciascuna menomazione, con il massimo del 100%. Nessun indennizzo spetta all'Assicurato quando l'invalidità permanente è di grado inferiore al 25% dell'invalidità totale. Se l'invalidità permanente è di grado pari o superiore al 25%, la Società liquida l'indennizzo calcolato sulla somma assicurata secondo le percentuali seguenti:

- percentuale di invalidità permanente
- percentuale da applicare accertata sulla somma assicurata.

Percentuale di invalidità permanente accertata	Percentuale da applicare sulla somma assicurata
25	5
26	8
27	11
28	14
29	17
30	20
31	23
32	26
33	29
34	32
dal 35 al 55	pari a quella accertata
56	59
57	63
58	67
59	71
60	75
61	79
62	83
63	87
64	91
65	95
dal 66 al 100	100

Art. 16.5 - Diritto all'indennizzo

Il diritto all'indennizzo è di carattere personale e non è quindi trasferibile. Tuttavia se l'Assicurato muore dopo che l'indennizzo sia stato liquidato o comunque offerto, in misura determinata, la Società paga agli eredi dell'Assicurato l'importo liquidato od offerto secondo le norme della successione legittima o testamentaria.

Norme che regolano i sinistri

Art. 17 - Denuncia dei sinistri

La denuncia di cui all'Art. 5 delle norme che regolano l'assicurazione in generale deve essere corredata di certificazione medica.

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

Art. 18 - Criteri di liquidazione

La Società effettua il pagamento di quanto dovuto ai sensi di polizza:

a) relativamente al "Rimborso spese di cura", a cure ultimate, su presentazione, in originale, delle ricevute, notule e/o distinte debitamente quietanzate.

A richiesta dell'Assicurato, la Società restituisce i predetti originali, previa apposizione della data di liquidazione e dell'importo liquidato.

Qualora l'Assicurato abbia ottenuto un rimborso da ente pubblico o privato, la Società effettua il pagamento di quanto dovuto previa dimostrazione, da parte dell'Assicurato stesso, attraverso la documentazione originale, delle spese effettivamente sostenute, al netto di quanto a carico di terzi.

Qualora il ricovero in istituto di cura si protragga oltre 15 giorni, l'Assicurato può richiedere un anticipo sulla liquidazione fino al massimo del 50% delle spese fino ad allora sostenute e documentate, previa esibizione di certificazione medica provvisoria dell'istituto di cura che attesti le cause, la specie e la natura del ricovero, nonché la data del suo inizio e del presumibile termine.

L'anticipo delle spese può avere luogo qualora l'ammontare delle stesse al momento della richiesta non sia inferiore a euro 2.500,00.

Per le spese sostenute all'estero i rimborsi saranno effettuati in Italia, in valuta italiana, al cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta dall'Assicurato, ricavato dalla quotazione dell'Ufficio Italiano dei Cambi;

b) relativamente alla "Diaria" da ricovero, convalescenza o gessatura, a cure ultimate, su presentazione, in originale di una dichiarazione rilasciata dall'istituto di cura attestante il motivo e la durata del ricovero, della convalescenza o della gessatura;

c) relativamente alla invalidità permanente da malattia, vale quanto previsto all'Art. 16.4.

Art. 19 - Controversie

In caso di controversie sulla indennizzabilità del sinistro le Parti, di comune accordo, possono conferire per iscritto, mandato a due medici, nominati uno per parte, i quali si riuniscono nel comune, sede di istituto di medicina legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato.

Tali medici, ove vi sia divergenza, costituiscono un Collegio medico, formato da loro stessi e da un terzo medico,

dagli stessi nominato, in caso di disaccordo, dal Consiglio dell'Ordine dei medici avente giurisdizione nel luogo ove deve riunirsi il Collegio dei medici.

Il Collegio medico risiede nel comune, sede di istituto di medicina legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato.

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

È data facoltà al Collegio medico di rinviare, ove ne riscontri l'opportunità, l'accertamento definitivo dell'invalidità permanente ad epoca da definirsi dal Collegio stesso, nel qual caso il Collegio può intanto concedere una provvisoria sull'indennizzo.

Le decisioni del Collegio medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le Parti, le quali 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 altri arbitri nel verbale definitivo.

Art. 20 - Disdetta in caso di sinistro

Dopo ogni sinistro, denunciato a termini di polizza, e fino al 60° giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo, ciascuna delle Parti può recedere dall'assicurazione dandone comunicazione all'altra Parte mediante lettera raccomandata. Il recesso ha effetto dalla data di invio della comunicazione da parte dell'Assicurato, il recesso da parte della Società ha effetto trascorsi 30 giorni dalla data di invio della comunicazione.

La Società, entro 30 giorni dalla data di efficacia del recesso, rimborsa la parte di premio, al netto della imposta, relativa al periodo di assicurazione non corso.

La Società rinuncia ad avvalersi del disposto del presente Articolo trascorsi 2 anni dalla data di perfezionamento del contratto.

Art. 21 - Rinuncia al diritto di surroga

La Società rinuncia a favore dell'Assicurato e dei suoi aventi causa al diritto spettante all'Assicuratore, che abbia pagato l'indennizzo, di surrogarsi - secondo la facoltà concessa dall'Art. 1916 del Codice Civile - nei diritti dell'Assicurato, che potrà così esercitarli integralmente nei confronti dei terzi responsabili.