

Polizza Malattie

PER DIPENDENTE E RISPETTIVO NUCLEO, COMPOSTO DA:

a) **CONIUGE FISCALMENTE A CARICO E NON** (anche non convivente purché non separato legalmente o persona convivente "more uxorio");

b) **FIGLI** per i quali si verifichino le condizioni reddituali previste per la sussistenza a carico, conviventi e non (art. 13 del TUIR così come novellato dal Dlgs 446/97).

Per gli assistiti di cui al presente punto la copertura assicurativa prescinde dalle condizioni fisiche nonché dalle malattie pregresse recidivanti, senza possibilità per la Società di escludere i soggetti malati od affetti da difetti fisici o mutilazioni rilevanti. A tal fine la Società formula espressa rinuncia ad avvalersi degli artt. 1892, 1893 E 1898 C.C.

DESCRIZIONE DELLE COPERTURE OGGETTO DELL' ASSICURAZIONE E
NORME CHE LE REGOLANO

A) RICOVERO IN ISTITUTO DI CURA PER INFORTUNIO O MALATTIA, CON
INTERVENTO CHIRURGICO

La Società rimborsa all'Assicurato fino alla concorrenza del massimale le spese per:

- 1) onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento, per diritti di sala operatoria e per materiale d'intervento (ivi comprese protesi anatomiche ed apparecchi terapeutici);
- 2) visite specialistiche, accertamenti diagnostici compresi onorari medici effettuati anche al di fuori dell'Istituti di cura nei 100 giorni precedenti il ricovero;
- 3) accertamenti diagnostici, medicinali, assistenza medica ed infermieristica, cure. sostenute durante il periodo del ricovero;
- 4) esami, prestazioni mediche, medicinali, cure termali (escluse spese alberghiere), medicazioni sostenute nei 120 giorni successivi al termine del ricovero od alla data dell'intervento ambulatoriale, sempreché conseguenti all'evento considerato;
- 5) rette di degenza (escluse quelle concernenti il comfort od i bisogni non essenziali del degente) con le seguenti modalità:
 - a) rimborso al 100% qualora il ricovero sia effettuato in Istituti convenzionati con l'Assicuratore
 - b) limite di Euro 350,00 al giorno, qualora il ricovero sia effettuato in Istituti non convenzionati
- 6) trattamenti fisioterapici e rieducativi effettuati durante il periodo di ricovero o nei 100 giorni successivi al termine del ricovero stesso od alla data dell'intervento ambulatoriale sempreché conseguenti all'evento considerato nonché effettuati e fatturati dall'Istituto di cura, da uno studio medico o da medico specialista;
- 7) assistenza infermieristica a domicilio a seguito di ricovero con intervento chirurgico con il limite giornaliero di Euro 70,00 con un massimo di 30 giorni per anno e per nucleo familiare

Sono inoltre compresi negli interventi chirurgici:

- a) parto cesareo ed aborto terapeutico, fino ad un massimo complessivo di Euro 4.000,00 per anno assicurativo e per nucleo familiare
- b) interventi in regime di Day Hospital
- c) interventi ambulatoriali
- d) qualsiasi altro tipo d'intervento (laser, crioterapia, ecc)

- e) prestazioni per chirurgia refrattiva ed i trattamenti con laser eccimeri, limitatamente a quelli effettuati: ,
 - in caso di anisometropia superiore a tre diottrie;
 - in caso di deficit visivo pari o superiore a 5 diottrie per ciascun occhiolimite di Euro 1.000,00

B) RICOVERO IN ISTITUTO DI CURA PER INFORTUNIO O MALATTIA, CHE NON COMPORTI INTERVENTO CHIRURGICO E PER PARTO FISIOLÓGICO

La Società rimborsa all'Assicurato fino alla concorrenza del massimale, le spese per:

- 1) visite specialistiche, accertamenti diagnostici compresi onorari medici effettuati anche al di fuori dell'Istituto di cura nei 90 giorni precedenti il ricovero;
- 2) accertamenti diagnostici, medicinali, assistenza medica ed infermieristica, cure, sostenute durante il periodo del ricovero;
- 3) visite specialistiche, accertamenti diagnostici, compresi onorari medici sostenute nei 120 giorni successivi al termine del ricovero;
- 4) rette di degenza (escluse quelle concernenti il comfort od i bisogni non essenziali del degente) con le seguenti modalità:
 - a) rimborso al 100% qualora il ricovero sia effettuato in Istituti convenzionati con l'Assicuratore;
 - b) limite di Euro 350,00 al giorno, qualora il ricovero sia effettuato in Istituti non convenzionati
- 5) parto fisiologico, fino ad un massimo di Euro 2.000,00 per anno assicurativo e per nucleo familiare;
- 6) day hospital comprese terapie mediche, visite ed accertamenti diagnostici, medicinali, pertinenti a malattia od infortunio, escluso il controllo.

FRANCHIGIA

Il rimborso delle spese di cui alle garanzie "A" e "B", verrà effettuato come segue:

- a) nessuna franchigia verrà applicata nel caso in cui le prestazioni per i ricoveri, con o senza intervento, fossero effettuate nell'ambito delle convenzioni intrattenute con l'Assicuratore;
- b) nei soli casi in cui le prestazioni per ricoveri (con o senza intervento) sia delle cliniche che dei medici fossero effettuate al di fuori delle convenzioni intrattenute con l'Assicuratore, si applica lo scoperto del 15% con un minimo di Euro 1.000,00 per evento.

La franchigia non viene applicata nei seguenti casi:

ricovero a seguito di infarto cardiaco, ricovero a seguito di malattie neoplasiche maligne, ricovero per interventi di neurochirurgia, ricovero per interventi di cardiocirurgia (ferme le limitazioni previste per le rette di degenza regolate ai punti A5 e B4.

C) PRESTAZIONI INTEGRATIVE DELLE GARANZIE "A" e "B"

La Società rimborsa all'Assicurato in caso di ricovero rientrante fra quelli elencati ai precedenti punti "A" e "B":

- a) le spese sostenute, debitamente documentate da fatture, notule, ricevute per il trasporto dell'Assicurato a e da Istituto di cura od ospedale e da un Istituto di cura od ospedale ad un altro con i seguenti mezzi: treno, aereo, ambulanza, eliambulanza, in Italia ed all'estero (compresi controlli anche in regime di Day Hospital per i soli casi di ricoveri per Grandi Interventi), con un massimo di Euro 1.800,00 per anno e per nucleo familiare;
- b) le spese sostenute, debitamente documentate da fatture, notule, ricevute per il vitto ed il pernottamento in Istituto di cura o struttura alberghiera in Italia ove non sussista disponibilità ospedaliera, per un accompagnatore dell'Assicurato con il limite giornaliero di Euro 90,00 e con un massimo di 30 giorni per anno e per nucleo familiare;
- c) le spese sostenute, debitamente documentate da fatture, notule, ricevute, per il vitto ed il pernottamento in Istituto di cura o struttura alberghiera all'estero ove non sussista disponibilità ospedaliera, per un accompagnatore dell'Assicurato con il limite giornaliero di Euro 105,00 e con un massimo di 30 giorni per anno e per nucleo.

D) SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE (SSN) - Trasformabilità della prestazione

Qualora le spese inerenti l'evento che ha causato il ricovero stesso siano a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale, le prestazioni previste ai precedenti punti A, B e C. si intendono sostituite dalla corresponsione di una indennità per ogni giorno di ricovero (intendendo come tale il periodo del giorno che comprende anche il pernottamento) di Euro 100,00 giornaliere, fino ad un massimo di 300 giorni per nucleo e per anno assicurativo.

Oltre la corresponsione -nei casi di cui sopra- della diaria sostitutiva delle spese per ricovero, l'assicurazione copre anche le spese debitamente documentate sostenute a titolo di:

- a) visite specialistiche, accertamenti diagnostici, compresi onorari medici effettuati anche al di fuori dell'Istituto di cura nei 60 giorni precedenti il ricovero;
- b) esami, prestazioni mediche, medicinali, cure termali (escluse le spese alberghiere) sostenute nei 120 giorni successivi al termine del ricovero sempreché conseguenti all'evento considerato;
- c) trattamenti fisioterapici e rieducativi effettuati nei 60 giorni successivi al termine del ricovero sempreché conseguenti all'evento considerato nonché effettuati e fatturati dall'Istituto di cura, da uno studio medico o da medico specialista.

MASSIMALE ANNUO PER L'INSIEME DELLE GARANZIE "A", "B", "C", e "D"

Il rimborso verrà effettuato fino alla concorrenza della somma di Euro 280.000,00 da intendersi come disponibilità unica per "ciascun anno assicurativo e per nucleo familiare assicurato.

SPECIALISTICHE EXTRA-RICOVERO

La Società rimborsa anche le spese per le seguenti prestazioni sanitarie specialistiche extraospedaliere:

ALTA DIAGNOSTICA

- a) amniocentesi e prelievo villi coriali
- b) angiografia
- c) angiografia digitale
- d) arteriografia digitale
- e) biopsie
- f) broncoscopia
- g) cistografia
- h) colonscopia
- i) coronografia
- j) diagnostica radiologica
- k) doppler
- l) duodeno scopia
- m) ecocardiogramma
- n) ecodoppler
- o) ecografia
- p) elettrocardiografia
- q) elettroencefalografia
- r) esofagoscopia
- s) gastroscopia

- t) M.O.C.
- u) Mammografia
- v) Radionefrogramma
- w) Rettoscopia
- x) Risonanza magnetica nucleare
- y) Scintigrafia
- z) Tac
- aa) Telecuore
- bb) Uroflussometria
- cc) Urografia
- dd) Cure delle malattie neoplasiche (quali a puro titolo di esempio: cobaltoterapia, chemioterapia, terapie irradianti, ecc)
- ee) Dialisi
- ff) Trattamenti fisioterapici effettuati e fatturati dall'Istituto di cura da uno studio medico o da medico specialista
- gg) Applicazione e rimozione di apparecchio gessato
- hh) Cure dentarie rese necessarie da infortunio, adeguatamente documentate, effettuate ambulatorialmente.

Limite di Euro 3.740,00 per anno e per nucleo, con uno scoperto:

- 1) Con Clinica convenzionata con l'Assicuratore nessuno scoperto per evento;
- 2) fuori da Clinica convenzionata del 10% con un minimo di Euro 25,00

ALTRA DIAGNOSTICA

- a) onorari dei medici per visite e prestazioni specialistiche;
- b) analisi di laboratorio ed esami diagnostici (ivi compresi gli onorari medici)

Limite di Euro 1.600,00 per anno e per nucleo con:

- a) con Clinica convenzionata con l'Assicuratore nessuno scoperto e nessun minimo
- b) fuori da Clinica convenzionata scoperto del 10% nessun minimo

PRESTAZIONI AGGIUNTIVE

La Società rimborsa all'Assicurato anche le spese necessarie per:

a) Protesi

La garanzia comprende il rimborso delle spese per l'acquisto di protesi, limitatamente alle protesi ortopediche ed acustiche, fino alla concorrenza complessiva di Euro 2.500,00 intendendosi tale somma come disponibilità unica per anno e per l'intero nucleo familiare assicurato.

b) Cure dentarie e parodontali rese necessarie da malattia

- 1) cure generiche, estrazioni, protesi dentarie (comprese quelle odontoiatriche ed apparecchi ortodontici) non conseguenti ad infortunio;
- 2) cure ai seguenti tessuti parodontali: cemento, legamento alveolo/dentale, osso alveolare o gengive.

Massimo di Euro 2.000,00 per anno e per nucleo assicurato, con franchigia di:

- a) con Clinica convenzionata con l'Assicuratore nessuno scoperto e nessun minimo;
- b) fuori da Clinica convenzionata: Euro 50,00 per sinistro

Si precisa che l'implantologia, sia su osso mascellare che mandibolare resa necessaria a seguito di infortunio ed effettuata da medico chirurgo, viene considerata intervento chirurgico a tutti gli effetti e pertanto rientra nelle prestazioni di cui al precedente punto A); se invece viene effettuata per altra causa, rientra nella presente garanzia "Cure dentarie rese necessarie a seguito di malattia" e vige il massimale e la franchigia previsti.

c) Lenti ed occhiali resi necessari a seguito della modifica del visus

La garanzia comprende il rimborso delle spese per l'acquisto di mezzi correttivi oculistici, anche a contatto, compresa la montatura, ma con esclusione delle spese per impiego di materiale prezioso, fino alla concorrenza complessiva di Euro 500,00 per anno e per nucleo con franchigia di Euro 15,00 per evento.

d) Cure psicoterapiche

La garanzia comprende le spese sostenute per sedute psicoterapiche ambulatoriali in conseguenza di malattie mentali e di disturbi psichici in genere, ivi comprese le malattie nevrotiche, le sindromi ansiose e/o depressive e l'esaurimento nervoso, con il limite di Euro 1.500,00 per anno e per l'intero nucleo familiare assicurato, con scoperto del 20% e minimo di Euro 80,00 per ciclo di terapia.

G) PRESTAZIONI ESCLUSE

La copertura assicurativa non comprende le spese per:

- 1) la cura delle intossicazioni conseguenti ad abuso di alcolici o ad uso di allucinogeni, nonché ad uso non terapeutico di psicofarmaci o di stupefacenti;
- 2) le applicazioni o la chirurgia plastica o stomatologia di carattere estetico tranne che per i neonati (fino al compimento del 3° anno di età) e per le forme ricostruttive rese necessarie da infortunio;
- 3) la chirurgia refrattiva ed i trattamenti con laser eccimeri nonché l'exeresi chirurgica di neoformazioni non rientranti nelle voci definite nelle garanzie "comprese";
- 4) ogni prestazione non effettuata da medico o centro medico, ad eccezione di quella infermieristica (come indicato ai punti A3 e B2);
- 5) le prestazioni non corredate dall'indicazione della diagnosi;
- 6) la cura delle conseguenze di infortuni sofferti per effetto di stato di ubriachezza o sotto l'influenza di sostanze stupefacenti o similari (non assunte a scopo terapeutico), di proprie azioni delittuose e della pratica di sports aerei e motoristici in genere;
- 7) le conseguenze dirette od indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;
- 8) tutte le procedure, accertamenti ed interventi relativi all'infertilità o finalizzati alla fecondazione assistita;
- 9) le conseguenze sofferte a causa di guerra dichiarata e non dichiarata. insurrezione generale, occupazione militare, invasione;
- 10) ogni conseguenza di anoressia e bulimia;
- 11) lungodegenze, intese quali ricoveri connessi a condizioni fisiche dell'Assicurato che non consentono più la guarigione con trattamenti medici o che rendono necessaria la permanenza in istituto di cura per interventi di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento.

H) SERVIZIO MILITARE

L'assicurazione non è operante durante il servizio militare in tempo di pace, in quanto durante il suddetto servizio subentra il SSN ai sensi di Legge.

J) PRESTAZIONI EROGATE DAL SSN IN AMBITO DI STRUTTURE IN INTRAMOENIA

Le prestazioni connesse con ricoveri , con prestazioni di medici e/o di tipo specialistico extraospedaliero, erogate dal SSN in ambito di strutture intramoenia (v. definizioni) al di fuori delle convenzioni con Clinica convenzionata con l'Assicuratore, sono equiparate a tutti gli effetti a prestazioni private e pertanto sono soggette alle relative franchigie e scoperti previsti nella presente polizza per le prestazioni private.

CONDIZIONI GENERALI

Art. 1) ESTENSIONE TERRITORIALE

L'assicurazione vale per il mondo intero.

Art. 2) DECORRENZA DELLE PRESTAZIONI E TERMINI DI ASPETTATIVA

Le garanzie, nei confronti dei singoli Assicurati, decorrono:

per gli infortuni e le malattie: dalle ore 00 del giorno di effetto dell'assicurazione (o del successivo inserimento in garanzia), purché in regola con il pagamento del premio;
per il parto e le patologie dipendenti da gravidanza o puerperio, dalle ore 24 del 300° giorno di effetto dell'assicurazione (o del successivo inserimento in garanzia), purché in regola con il pagamento del premio.

Fermo quanto previsto nei punti precedenti di questo articolo, le garanzie sono prestate indipendentemente dalle condizioni di salute degli Assicurati, pertanto non è prevista la compilazione dei questionari anamnestici, e la garanzia comprende le prestazioni sanitarie rese necessarie da ricadute inerenti a situazioni patologiche preesistenti alla stipulazione della polizza (od al successivo inserimento in garanzia) ma non quelle conseguenti a malattie in atto.

Art. 3) PAGAMENTO DEL PREMIO

L'assicurazione ha effetto dalle ore 00 del giorno indicato in polizza. A parziale deroga dell'art. 1901, comma I, Cod. Civ. il pagamento del premio dovrà avvenire entro 60 giorni

dalla decorrenza della polizza. L'appendice di estensione ha effetto dalle ore 00 del giorno indicato nella stessa se il relativo premio è pagato; altrimenti ha effetto dalle ore 00 del giorno del pagamento.

I premi devono essere pagati all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza oppure alla Società.

Art. 4) ALTRE ASSICURAZIONI

Non si applica alla presente assicurazione il disposto dell'art. 1910 del C.C. ed il Contraente e gli Assicurati sono esonerati dalla segnalazione dell'esistenza e/o della stipula di altri contratti di assicurazione.

Art. 5) LIMITI DI ETÀ' - PERSONE NON ASSICURABILI

L'assicurazione non prevede alcun limite massimo di età. Tuttavia, coloro che aderiscono alla convenzione con età pari o superiore ai 70 anni, dovranno presentare un certificato medico attestante lo stato di salute sulla base del quale gli Assicuratori si riservano la facoltà di assumere l'Assicurato in garanzia.

Art. 6) PROVA DEL CONTRATIO, FORMA E VALIDITA' DELLE COMUNICAZIONI

I documenti dell'assicurazione costituiscono prova delle condizioni che regolano i rapporti tra le Parti.

Tutte le comunicazioni tra le Parti debbono essere fatte per mezzo di lettera raccomandata, telegramma oppure fax

Qualunque variazione dell'assicurazione dovrà risultare da atto scritto firmato da entrambe le Parti.

Art. 7) DENUNCIA DI SINISTRO E MODALITA' DI LIQUIDAZIONE FORMA DIRETTA

La Società liquida direttamente le strutture sanitarie ed i medici chirurghi convenzionati con l'Assicuratore; pertanto l'Assicurato non deve anticipare né saldare nessuna somma. Le prestazioni eseguite al di fuori delle strutture convenzionate e con medici non convenzionati non vengono liquidate in forma diretta. Le prestazioni ricevute all'estero non vengono liquidate in forma diretta, a meno di preventivi specifici accordi con Cliniche convenzionate con l'Assicuratore.

FORMA INDIRETTA

Il pagamento di tutte le prestazioni sanitarie è a carico dell'Assicurato, il quale provvede al pagamento e successivamente richiede agli Assicuratori il rimborso delle spese indennizzabili a termini di polizza. Il rimborso in forma indiretta può essere effettuato per tutti i tipi di garanzia

con apposito modulo di "richiesta rimborso".

In caso di ricovero con o senza intervento chirurgico anche in regime di day hospital per utilizzare i servizi offerti da Clinica convenzionata con l'Assicuratore, l'Assicurato deve:

1. se ricorre a strutture convenzionate (forma diretta)

Per avere l'elenco aggiornato delle strutture sanitarie convenzionate, per prenotare un ricovero, per sapere quali tra le spese di ricovero sono coperte dalla polizza, per conoscere l'indirizzo a cui spedire i documenti per il rimborso:

Entro due giorni prima del ricovero, telefonare alla Centrale Operativa dell'Assicuratore che risponde ai seguenti numeri:

2. se ricorre a struttura non convenzionata (forma indiretta)

inviare la denuncia di sinistro, secondo le indicazioni fornite dalla Compagnia, corredata dalla relativa documentazione sanitaria e di spesa in originale.

La Società rimborserà all' Assicurato, a termini della presente polizza, le prestazioni, previa detrazione delle eventuali franchigie previste oppure, in caso di ricovero in strutture del Servizio Sanitario Nazionale ed in assenza di richieste di rimborso, provvederà al pagamento della diaria sostitutiva prevista dal titolo "Servizio Sanitario Nazionale-Trasformabilità della prestazione" delle "Condizioni Particolari",

Anche in caso di risarcimenti in forma indiretta, l'Assicurato può usufruire di prestazioni sanitarie eseguite in strutture o da parte dei medici chirurghi convenzionati ed in tal caso avvalersi di tariffe preferenziali.

Ferma restando l'operatività di quanto sopra, l'Assicurato, i suoi familiari od i suoi aventi diritto devono:

fornire direttamente o tramite la struttura convenzionata che ha erogato la prestazione la documentazione medica sulla natura dell'alterazione di salute, copia della cartella clinica completa (in caso di ricovero od intervento chirurgico in day hospital), copia degli accertamenti diagnostici e loro esito, prescrizioni mediche delle terapie e dei trattamenti con relative diagnosi;

sottoporsi ad accertamenti e controlli medici eventualmente disposti dalla Società fornendo tutte le informazioni necessarie richieste;

sciogliere dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato;

presentare gli originali delle fatture e delle notule di spesa fiscalmente regolari e quietanzate. In caso di intervento del S.S.N. o di altro Ente Assicuratore, gli originali possono essere sostituiti da copie con documentazione di quanto erogato dagli Enti predetti. Per cure sostenute all'estero, il rimborso è eseguito in Euro al cambio medio (quotazioni UtC) della settimana in cui la spesa è stata sostenuta dall'Assicurato.

La Compagnia mette a disposizione la propria centrale operativa oltre che per effettuare prenotazioni presso la rete convenzionata anche per richiedere informazioni relative alle garanzie della presente Convenzione.

Art. 8) RECESSO E DURATA DELL'ASSICURAZIONE

Si conviene di fissare la decorrenza del presente contratto alle ore 00 del 31/12/2010 e la scadenza alle ore 00 del 31/12/2012 senza tacita proroga.

Le Parti si impegnano a non recedere dal contratto per sinistro.

Art. 9) REGOLAZIONE DEL PREMIO

Il premio, convenuto in base ad elementi di rischio variabili, viene anticipato in via provvisoria nell'importo risultante dal conteggio esposto in polizza ed è regolato alla fine di ciascun periodo assicurativo annuo o della minore durata del contratto, secondo le variazioni intervenute durante lo stesso periodo negli elementi presi come base per il conteggio del premio, fermo il premio minimo stabilito in polizza.

A tale scopo, entro 60 giorni dalla fine di ogni periodo annuo di assicurazione o della minore durata del contratto, l'Assicurato deve fornire per iscritto alla Società i dati necessari e cioè l'indicazione degli elementi variabili contemplati in polizza.

Le differenze, attive e passive, risultanti dalla regolazione devono essere pagate nei 15 giorni dalla relativa comunicazione.

La mancata comunicazione dei dati occorrenti per la regolazione costituisce presunzione di una differenza attiva a favore della Società. Se l'Assicurato non effettua nei termini prescritti la comunicazione dei dati anzidetti od il pagamento della differenza attiva dovuta, la Società può fissargli un ulteriore termine non inferiore a 15 giorni, trascorso il quale il premio anticipato in via provvisoria per le rate successive viene considerato in conto o a garanzia di quello relativo al periodo assicurativo annuo per il quale non ha avuto luogo la regolazione od il pagamento della differenza attiva e la garanzia resta sospesa fino alle ore 24 del giorno in cui l'Assicurato abbia adempiuto i suoi obblighi, salvo il diritto per la Società di agire giudizialmente con lettera raccomandata, la risoluzione del contratto.

Per i contratti scaduti, se l'Assicurato non adempie gli obblighi relativi alla regolazione del premio, la Società, fermo il suo diritto di agire giudizialmente, non è obbligata per i sinistri accaduti nel periodo al quale si riferisce la mancata regolazione.

Qualora, all'atto della regolazione annuale, il consuntivo degli elementi variabili di rischio superi il doppio di quanto preso come base per la determinazione del premio dovuto in via anticipata, quest'ultimo viene rettificato, a partire dalla prima scadenza annua successiva alla comunicazione, sulla base di un'adeguata rivalutazione del preventivo degli elementi variabili. Il nuovo importo di questi ultimi non può essere comunque inferiore al 75% di quello dell'ultimo consuntivo.

la Compagnia ha il diritto di effettuare in qualsiasi momento verifiche e controlli per i quali l'Assicurato è tenuto a fornire i chiarimenti e la documentazione necessaria, quale il registro delle fatture o quello dei corrispettivi.

Art. 10) CONTROVERSIE

In caso di controversie di natura medica sull'indennizzabilità della malattia o dell'infortunio nonché sulla misura dei rimborsi o sulle indennità, le Parti interessate si obbligano a conferire, con scrittura privata, mandato di decidere se ed in quale misura siano dovuti i rimborsi delle indennità a norma e nei limiti delle condizioni di assicurabilità, ad un Collegio di tre medici, nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo o, in caso contrario, dal Consiglio dei Medici avente giurisdizione nel luogo dove risiede l'Assicurato.

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

Le decisioni del Collegio medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di Legge, e sono obbligatorie per le Parti anche se uno dei medici si rifiuta di firmare il relativo verbale.

Nel caso di mutamenti che aggravino il rischio, "Assicurato ha l'obbligo di darne immediato avviso agli assicuratori, e si applicano le disposizioni dell'art. 1898 C.C.

Art. 11) NORME DI LEGGE

Per tutto quanto non espressamente regolato dal presente contratto valgono le norme di Legge vigenti nella Repubblica Italiana.

Art. 12) IMPOSTE - ONERI FISCALI

Le imposte e gli altri oneri stabiliti per Legge, presenti e futuri, relativi al premio, al contratto ed agli atti da essi dipendenti, sono a carico dell' Assicurato o dei suoi aventi diritto, anche se il pagamento fosse stato anticipato dagli Assicuratori.

ART. 13) DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE INFLUENTI SULLA VALUTAZIONE DEL RISCHIO

Le dichiarazioni e le informazioni, ove richieste, rese dall' Assicurato inesatte o le reticenze 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 come previsto dagli artt. 1892, 1893, 1894 C.C.