

MILANO ASSICURAZIONI – Divisione SASA

DEFINIZIONI

ASSICURATO	La persona il cui interesse è protetto dall'assicurazione
ASSICURAZIONE	Il contratto di assicurazione
CONTRAENTE	Il soggetto che stipula il contratto di assicurazione
DAY HOSPITAL	Il ricovero diurno, con eventuale posto letto senza pernottamento, per prestazioni chirurgiche e mediche che siano: <ul style="list-style-type: none"> - riferite a terapie (con esclusione di accertamenti a scopo di diagnostica anche preventiva) - documentate da cartella clinica - praticate in ospedale, cliniche, o strutture all'uopo autorizzate (esclusi gli stabilimenti termali)
DIFETTO FISICO	L'esito di malattia o di lesione, caratterizzato da una menomazione statica, definitivamente stabilizzata, derivante da un processo morboso clinicamente spento, o da esiti di lesioni traumatiche, o da una malformazione congenita
FARMACO	Sostanza terapeutica inserita nella Farmacopea Ufficiale. Sono esclusi i farmaci omeopatici
FRANCHIGIA	La parte di danno rimborsabile a termini di polizza, espressa in cifra fissa, che rimane a carico dell'Assicurato
INDENNIZZO	La somma dovuta dalla Società a termini di polizza in caso di sinistro
INFORTUNIO	L'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni fisiche oggettivamente constatabili
MALATTIA	Ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio
MALFORMAZIONE	La formazione anomala di parti anatomiche
POLIZZA	Il documento che prova l'assicurazione
PREMIO	La somma dovuta dal contraente alla società
RICOVERO	La degenza, risultante dalla cartella clinica, comportante almeno un pernottamento in istituto di cura
SCOPERTO	La parte del danno indennizzabile/rimborsabile a termini di polizza, espressa in percentuale, che rimane a carico dell'Assicurato.

SINISTRO	Per l'assicurazione Malattia si intende il ricovero, il day hospital, l'intervento chirurgico eseguito anche senza ricovero, verificatosi in conseguenza di uno degli eventi previsti in polizza. Per data di sinistro si intende il primo giorno di ricovero o del day hospital o il giorno dell'intervento chirurgico senza ricovero. Per la garanzia Visite Specialistiche ed Accertamenti Diagnostici senza ricovero si intende il complesso delle visite specialistiche e degli accertamenti diagnostici relativi a Malattie o Infortunio ai quali l'Assicurato si sottopone nel corso di un'annualità assicurativa. Per data di sinistro si intende il giorno in cui l'Assicurato si sottopone al primo accertamento.
C.R.L.	Rapporto di lavoro continuativo
SOCIETÀ	La SASA Assicurazioni Riassicurazioni S.p.A.

CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

Art. 1) OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

La Società assicura, per le malattie e gli infortuni compresi quelli sofferti in conseguenza di imprudenza o negligenza anche grave, verificatisi nell'anno assicurativo e qualunque ne sia il numero, fino a concorrenza della somma di Euro 206.583,00 – intendendosi tale somma quale disponibilità unica per ciascun anno assicurativo e per il nucleo familiare assicurato – il rimborso delle spese:

- A. IN CASO DI RICOVERO E/O INTERVENTO CHIRURGICO RESO NECESSARIO DA MALATTIA O INFORTUNIO ED EFFETTUATO IN ISTITUTO DI CURA PUBBLICO O PRIVATO O IN AMBULATORIO:
- 1) le spese per gli accertamenti diagnostici (compresi i relativi onorari medici) effettuati nei novanta giorni precedenti quello del ricovero;
 - 2) le spese per gli onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento, per diritti di sala operatoria e per il materiale di intervento ivi compresi gli apparecchi terapeutici e le endoprotesi applicati durante l'intervento;
 - 3) le spese per l'assistenza medica, per le cure, per i trattamenti fisioterapici e rieducativi, per i farmaci, per gli esami post-intervento riguardanti il periodo di ricovero;
 - 4) le spese per le rette di degenza;
 - 5) le spese per il trasporto dell'Assicurato all'Istituto di Cura o all'ambulatorio per il ricovero e/o l'intervento e dal luogo di cura al suo domicilio fino ad un massimo di Euro 800,00 per sinistro nei seguenti termini;
 - se effettuate con mezzi pubblici rimborso totale dietro presentazione dei biglietti originali;
 - se effettuati con mezzi propri rimborso chilometrico (Euro 0,25 al KM) solamente se l'Istituto di cura si trova fuori comune di residenza o domicilio
 - 6) le spese rese necessarie dall'intervento e sostenute dopo la cessazione del

ricovero: per esami, per acquisto di farmaci, per prestazioni mediche chirurgiche ed infermieristiche per i trattamenti fisioterapici e rieducativi e per le cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera) effettuati nei novanta giorni successivi all'intervento.

In caso di ricovero con o senza intervento chirurgico effettuato presso un istituto di cura privato è previsto, a carico dell'assicurato, uno scoperto del 20%.

B. IN CASO DI INFORTUNIO CHE NON COMPORTE RICOVERO IN ISTITUTO DI CURA:
La Società rimborsa fino ad un massimo risarcimento di Euro 10.329,14 le spese sostenute per gli accertamenti diagnostici, l'assistenza medica ed infermieristiche per i trattamenti fisioterapici e rieducativi e per cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera) effettuati nei novanta giorni successivi all'intervento.

C. IN CASO DI:

- Parto cesareo avvenuto in Istituto di Cura (pubblico o privato): la Società rimborsa fino alla concorrenza massima di Euro 6.000,00 le spese di cui alla lettera A) dell'art. 1 di polizza "Oggetto dell'assicurazione" ed alle condizioni ivi stabilite;
- parto non cesareo comportante ricovero in Istituto di Cura (pubblico o privato): la Società rimborsa fino alla concorrenza massima di Euro 4.000,00 le spese riportate alla lettera A) dell'art. 1 di polizza "Oggetto dell'Assicurazione", comprese quelle ostetriche, le cure al neonato effettuate in Istituto di cura (pubblico o privato) e rese necessarie dal suo stato di salute, sostenute nei primi trenta giorni di vita.

Qualora l'Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, in forma diretta o indiretta, la garanzia varrà per le eventuali spese o eccedenze di spese rimaste a suo carico, fermo quanto previsto dall'Art. 1) lettera A) punti 1), 3), 5) e 6).

L'Assicurato, in alternativa al rimborso delle spese relative al periodo di ricovero e comunque nel caso in cui non abbia sostenuto alcuna spesa, può chiedere il pagamento di un'indennità giornaliera per ogni giorno di ricovero e/o day hospital pari ad Euro 150,00 giornaliera e 90 giorni per anno assicurativo, fermi i limiti di risarcimento previsti per parto non cesareo. La giornata di entrata e quella di uscita dall'Istituto di Cura, escluso day hospital, sono considerate una sola giornata qualunque sia l'ora di ricovero o di dimissione.

Art. 2) ESTENSIONE TERRITORIALE

L'assicurazione vale per il mondo intero, salvo quanto prescritto al successivo Art. 3).

Art. 3) RIMBORSO SPESE PER VISITE SPECIALISTICHE ED ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI

In aggiunta a quanto previsto dall'Art. 1) delle Condizioni Generali di polizza, la Società rimborsa inoltre, sempreché pertinenti alla malattia e/o infortunio denunciati, fino ad un massimale di Euro 3.600,00 per nucleo e per anno le spese sostenute dall'Assicurato e dai componenti il proprio nucleo familiare, così come definito dall'Art. 8), per le seguenti prestazioni sanitarie, domiciliari o ambulatoriali, rese necessarie da malattia o infortunio:

- onorari medici per visite specialistiche prescritte dal medico di base, escluse comunque le visite odontoiatriche, ortodontiche e psichiatriche;
- analisi ed esami diagnostici e di laboratorio purché pertinenti alla malattia o all'infortunio denunciati;

- spese fisioterapiche con il sottolimito di Euro 800,00 per nucleo familiare e per anno assicurativo;
- Mammografie, pap-test ed ecografie pelviche con il sottolimito di Euro 200,00 per nucleo familiare e per anno assicurativo.

Relativamente alle garanzie normate dal presente articolo il rimborso delle spese viene effettuato con l'applicazione di uno scoperto del 20% con il minimo di Euro 51,65 per evento; per evento si intende il totale delle spese sostenute in un semestre dai componenti il medesimo nucleo familiare.

Per semestre si intendono i periodi 1° gennaio – 30 giugno e 1°luglio – 31 dicembre di ogni anno.

La presente garanzia vale esclusivamente per l'Italia, lo Stato del Vaticano e la Repubblica di San Marino con eccezione dei Comandanti e Direttori di Macchina per i quali la stessa è estesa al mondo intero.

Per i restanti componenti del nucleo familiare che abbiano residenza all'estero le presenti estensioni di garanzia valgono esclusivamente nel paese di residenza.

Sono inoltre rimborsate, previa detrazione di una franchigia fissa di Euro 51,65 e fino a concorrenza di Euro 280,00 per nucleo e per anno assicurativo, le spese sostenute per l'acquisto di lenti da vista, comprese quelle a contatto, rese necessarie da modifica del visus; sono in ogni caso escluse le spese sostenute per l'acquisto di montature.

Art. 4) RETTA DELL'ACCOMPAGNATORE

In aggiunta alle prestazioni di cui all'Art. 1) la Società rimborsa all'Assicurato le spese sostenute della persona che accompagna l'Assicurato per il vitto e il pernottamento presso Istituto di Cura, casa convenzionata, hotel, o foresteria fino a concorrenza della somma massima giornaliera di Euro 103,29 e comunque per un periodo non superiore a novanta giorni per anno assicurativo e per persona.

Art. 5) ANTICIPO INDENNIZZI

L'Assicurato ha diritto di ottenere, prima della liquidazione del sinistro, il pagamento di un acconto pari al 50% dell'importo minimo che dovrebbe essere pagato in base al preventivo spesa di almeno Euro 7.746,85.

Art. 6) TERMINI DI ASPETTATIVA E DECORRENZA DELLA GARANZIA

La garanzia decorre dalle ore 24.00 del giorno di effetto dell'Assicurazione per gli infortuni e/o malattie. Per il parto cesareo e le malattie dipendenti da gravidanza o puerperio la garanzia è operante soltanto qualora l'Assicurato dimostri che la gravidanza ha avuto inizio dopo il giorno di effetto dell'assicurazione.

Qualora la presente polizza sia stata emessa in sostituzione – senza soluzione di continuità – di altra riguardante gli stessi assicurati e identiche garanzie, gli anzidetti termini operano:

- dal giorno di decorrenza della garanzia di cui alla polizza sostituita per le prestazioni ed i massimali da quest'ultima risultanti;
- dal giorno di decorrenza della garanzia di cui al presente contratto, limitatamente alle maggiori somme ed alle diverse prestazioni da esso previste.

In caso di variazioni intervenute nel corso di validità del presente contratto, i termini di aspettativa decorrono dalla data della variazione stessa, per le diverse persone, per le maggiori somme o le diverse prestazioni previste.

Art. 7) ESCLUSIONI

Sono in tutti i casi esclusi dall'assicurazione il rimborso delle spese, gli interventi chirurgici e i ricoveri:

- a) per la cura delle malattie mentali e disturbi psichici in genere ivi compresi i comportamenti nevrotici;
- b) per l'aborto terapeutico e/o volontario;
- c) per la cura di intossicazioni conseguenti ad abuso di alcolici o ad uso di psicofarmaci, di stupefacenti o di allucinogeni;
- d) conseguenti ad infortuni sofferti in stato di ubriachezza o sotto l'effetto di allucinogeni o stupefacenti o psicofarmaci assunti non a scopo terapeutico;
- e) conseguenti ad azioni delittuose compiute dall'Assicurato;
- f) le cure o gli interventi per l'eliminazione o correzione di difetti fisici o malformazioni preesistenti alla stipulazione del contratto sempre che non abbiano come finalità esclusiva il miglioramento, medicamente accettabile, dello stato di salute dell'Assicurato e non della sola funzionalità fisica;
- g) la diagnostica, la terapia, e ogni prestazione inerente a sterilità, impotenza sessuale, fecondazione assistita e artificiale;
- h) la liposuzione e le applicazioni di carattere estetico (salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da malattia e/o infortunio e gli interventi di stomatologia ricostruttiva compreso l'apparato dentario, quest'ultimo solo se reso necessario da infortunio documentato);
- i) le cure dentarie ed ortodontiche e delle paradontopatie e le forniture di protesi dentarie quando non siano rese necessarie da infortunio documentato;
- j) le visite e le terapie con finalità estetica nonché le diete aventi le stesse finalità, le terapie omeopatiche e fitoterapiche, l'agopuntura e la medicina non convenzionale;
- k) le prestazioni non effettuate da medici o paramedici abilitati all'esercizio dell'attività a norma delle disposizioni di legge vigenti;
- l) le malattie professionali, così come definite dal D.P.R. 30 giugno 1965, n. 1124;
- m) le spese per l'acquisto, la manutenzione e la riparazione di apparecchi protesici o terapeutici, salvo quanto previsto dall'Art. 1) lettera A) punto 2);
- n) le conseguenze dirette o indirette di trasformazioni o 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 non si tratti di conseguenze di terapie mediche indennizzabili ai sensi del presente contratto;
- o) le conseguenze derivanti da guerra, insurrezione, tumulti popolari avvenuti nell'ambito dello Stato Italiano, della Città del Vaticano, della Repubblica di San Marino e, in ogni caso, nel Paese di residenza dell'Assicurato; aggressioni o ad atti violenti che abbiano movente politico o sociale cui l'Assicurato abbia preso parte volontaria, movimenti tellurici o eruzioni vulcaniche.

Art. 8) PERSONE ASSICURATE

L'assicurazione si intende valida a favore di Comandanti e Direttori di Macchina elencati in polizza che usufruiscono delle prestazioni della CASSA nonché dei loro nuclei familiari, intendendosi come tali:

- la moglie o persona convivente more uxorio,
- i figli, compresi anche i figli naturali riconosciuti, i figli adottivi e gli affidati o affidabili, che all'età di entrata in copertura non abbiano ancora compiuto 26 anni. Qualora nel corso dell'annualità assicurativa in corso il figlio compia il 26° anno di età questi permane in copertura fino alla prima scadenza annua di polizza

purchè fiscalmente a carico e previo pagamento del premio previsto dall'art. 14 che segue

- I figli, compresi anche i figli naturali riconosciuti, i figli adottivi e gli affidati o affidabili, che abbiano già compiuto il 26^a anno di età all'atto della stipula del contratto di assicurazione, purchè siano fiscalmente a carico e conviventi e previo pagamento del premio previsto dall'art. 14) che segue.

Art. 9) PERSONE NON ASSICURABILI

Premesso che la Società non avrebbe acconsentito a prestare l'assicurazione se al momento della stipulazione della polizza ne fosse stata a conoscenza, non sono assicurabili, indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute, le persone affette da alcoolismo, tossicodipendenza, sieropositività, HIV, AIDS o dalle seguenti infermità mentali: schizofrenia, forme maniaco-depressive o stati paranoici, altre infermità mentali caratterizzate da sindromi organiche cerebrali.

L'assicurazione cessa la loro manifestarsi.

Art. 10) FORMA DELLE COMUNICAZIONI – DECORRENZA DELLA COPERTURA

L'inserimento in copertura degli Assicurati avverrà, tenendo conto del contratto di lavoro, con le seguenti modalità:

COMANDANTI E DIRETTORI DI MACCHINA IN C.R.L

Il Contraente si impegna a comunicare alla società, a mezzo fax, raccomandata o e-mail, l'elenco degli Assicurati che entrano in copertura il primo giorno del mese successivo alla comunicazione.

Il premio dovuto per ogni singolo assicurato viene calcolato pro rata temporis sulla base degli importi indicati all'art. 11).

In caso di risoluzione del rapporto di lavoro in vigenza di contratto si conviene quanto segue:

- per le risoluzioni avvenute nel primo semestre viene calcolato, al netto delle imposte governative, un rimborso del premio pagato e non goduto su base pro rata temporis tenendo conto di quanto convenuto all'art. 11);
- per le risoluzioni avvenute nel secondo semestre la copertura rimarrà comunque in vigore fino alla scadenza annua successiva alla cessazione. Non sarà in tal caso riconosciuto alcun rimborso di premio.

COMANDANTI E DIRETTORI DI MACCHINA NON IN C.R.L.

Il Contraente si impegna a comunicare alla società, a mezzo fax, raccomandata o e-mail, l'elenco degli Assicurati che entrano in copertura il primo giorno del mese successivo alla comunicazione.

Il premio dovuto per ogni singolo assicurato viene calcolato pro rata temporis sulla base degli importi indicati all'art. 11).

In caso di sbarco per qualsiasi causa si conviene che il Contraente comunicherà tempestivamente alla Società, a mezzo fax raccomandata o e-mail il nominativo e la data dello sbarco. Si conviene altresì che la copertura assicurativa avrà termine allo scadere del mese di calendario in cui lo sbarco è avvenuto.

Il premio dovuto per ogni assicurato si ottiene moltiplicando il premio mensile per il numero di mesi di copertura.

Art. 11) PREMIO

- Il premio lordo annuo per nucleo familiare si intende di Euro 1.411,92.
- Il premio lordo mensile per nucleo familiare si intende di Euro 117,66.
- Il premio lordo annuo per nucleo familiare del pensionato, vedovo/a si intende di Euro 996,00.
- Il premio lordo mensile per nucleo familiare del pensionato, vedovo/a si intende di Euro 83,00.
- Il premio lordo annuo per ogni figlio di età superiore ai 26 anni si intende di Euro 200,00.
- Il premio lordo mensile per ogni figlio di età superiore ai 26 anni si intende di Euro 16.67.

Art. 12) EFFETTO DELL'ASSICURAZIONE

Fermi i termini di aspettativa di cui all'Art. 6) l'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato se il premio o la prima rata di premio sono stati pagati, altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento, ferma la scadenza inizialmente stabilita.

Se il Contraente non paga le rate di premio successive la garanzia resta sospesa dalle ore 24 del 120° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore alle ore 24 del giorno di pagamento.

Il premio devono essere pagati presso l'agenzia alla quale è assegnata la polizza o presso la sede della Società. Il premio è sempre determinato per periodi di assicurazione di un anno, salvo il caso di contratti di durata inferiore, ed è interamente dovuto pure nel caso ne sia stato convenuto il frazionamento, anche se il contratto dovesse risolversi prima della scadenza dell'annualità in corso.

Art. 13) PAGAMENTO DEL PREMIO E REGOLAZIONI

Il premio annuale dovuto dal Contraente sarà pagato come segue:

- Entro 150 giorni dall'inizio di ogni annualità assicurativa il Contraente verserà un premio pari ad Euro 800.000,00 inclusivo di imposte quale acconto.
- Entro 120 giorni dalla fine di ogni annualità assicurativa il Contraente è tenuto a comunicare alla Società l'elenco dei nuclei familiari inclusi o esclusi dalla garanzia stessa nel corso dell'annualità precedente al fine di procedere alla regolazione del premio definitivo. Le differenze attive o passive risultanti dalle regolazioni dovranno essere pagate entro 30 giorni dalla relativa comunicazione. La mancata comunicazione dei dati occorrenti per la regolazione costituisce presunzione di una differenza attiva a favore della Società.

Art. 14) MODALITA' DI PAGAMENTO DEL PREMIO

Premesso che anno solare e anno assicurativo si intendono corrispondenti al medesimo periodo (dalle 24.00 del 31 Dicembre alle 24.00 del 31 Dicembre dell'anno successivo):

- per ogni Comandante e Direttore di macchina in C.R.L., il Contraente verserà, all'inizio di ogni anno, l'importo del premio annuale, corrispondente ad Euro 1.411,92.
- per ogni Comandante e Direttore di macchina non in C.R.L. e presente a bordo il primo giorno di ogni anno, ovvero il primo giorno del mese di imbarco, il Contraente verserà, all'inizio dello stesso, un dodicesimo del premio annuale, corrispondente a Euro 117,66. All'atto dello sbarco il Contraente presenterà alla Società opportuna documentazione attestante l'effettiva durata dell'imbarco - espressa in mesi - nonché la data effettiva dello sbarco, fermo restando quanto previsto dall'art. 13 relativamente alla regolazione premi
- per ogni pensionato, vedovo/a e relativo nucleo familiare il Contraente all'inizio di ogni anno verserà il premio annuo di EUR 948,00. E' data facoltà al Contraente di regolare il premio dovuto con scadenza semestrale, previa comunicazione ed accordo della Società.

- per ogni figlio di età superiore ai 26 anni all'atto della stipula del contratto assicurativo, è data facoltà di usufruire della copertura assicurativa; in tal caso il Contraente verserà all'inizio di ogni anno un dodicesimo del premio annuale corrispondente a Euro 16,67 in aggiunta al relativo premio per nucleo familiare, fermo restando quanto previsto dall'art. 13 relativamente alla regolazione premi.

Fermo quanto disposto dal precedente Art. 9) le inclusioni dei nuclei familiari decorreranno dalle ore 24 del primo giorno del mese al quale fanno riferimento le comunicazioni del Contraente, mentre le esclusioni decorreranno dalle ore 24 dell'ultimo giorno di tale mese.

Art. 15) MODIFICHE DELL'ASSICURAZIONE - COMUNICAZIONI

Tutte le comunicazioni, alle quali il Contraente e l'Assicurato sono tenuti, devono essere fatte con lettera raccomandata, fax o telex

Art. 16) ALTRE ASSICURAZIONI

Il Contraente non è tenuto a denunciare alla Società l'eventuale esistenza o la successiva stipulazione di altre assicurazioni per il medesimo rischio.

Art. 17) DENUNCIA DI SINISTRO – OBBLIGHI DELL'ASSICURATO

In caso di sinistro entro 15 giorni dal ricovero o dall'intervento, l'Assicurato, o il Contraente da quando ne sia venuto a conoscenza, o il Contraente o l'Assicurato quando ne abbiano la possibilità, qualunque sia l'ipotesi che si verifica prima, devono dare avviso per iscritto alla Società.

In caso di infortunio la denuncia deve contenere l'indicazione del luogo, giorno, ora, causa dell'evento, deve essere corredata da certificato medico e da idonea documentazione attestante, in modo inequivocabile, l'operatività della copertura assicurativa al momento del sinistro.

L'Assicurato deve sottoporsi agli accertamenti e 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.

Le richieste di rimborso spese di cui all'art. 1) delle Condizioni Generali di Assicurazione e le relative notule, distinte e ricevute debitamente quietanzate, oppure le relative copie conformi all'originale come da dichiarazione dell'Assicurato, devono essere presentate alla Società entro e non oltre 120 giorni dalla data dell'infortunio o dalla data di dimissione dall'Istituto di Cura Pubblico o Privato o dall'Ambulatorio.

Le richieste di rimborso spese di cui all'art. 3) delle Condizioni Generali di Assicurazione e le relative notule, distinte e ricevute debitamente quietanzate, oppure le relative copie conformi all'originale come da dichiarazione dell'Assicurato, devono essere presentate alla Società entro e non oltre 90 giorni dalla fine del semestre a cui si riferiscono.

Art. 18) CRITERI DI LIQUIDAZIONE

Il pagamento viene effettuato, a cura ultimata, entro 45 giorni lavorativi dalla data di presentazione della pratica completa degli originali, delle relative notule, distinte e ricevute, debitamente quietanzate, oppure delle relative copie conformi all'originale, come da dichiarazione dell'Assicurato.

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

Qualora l'Assicurato abbia presentato a terzi l'originale delle notule, distinte e ricevute per ottenere il rimborso, la Società effettua il pagamento di quanto dovuto a termini del presente contratto dietro dimostrazione delle spese effettivamente sostenute, al netto di quanto a carico dei predetti terzi.

Per le spese sostenute all'estero i rimborsi vengono eseguiti in Italia, in Euro, al cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta dall'Assicurato, ricavato dalla quotazione dell'Ufficio Italiano dei Cambi.

In caso di richiesta da parte dell'Assicurato del pagamento dell'indennità giornaliera lo stesso dovrà presentare alla Società, in originale, idonea documentazione comprovante il periodo di ricovero.

Art. 19) CONTROVERSIE

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

Il Collegio Medico risiede, a scelta della Società presso la sede della Società stessa o presso la Sede dell'Agenzia alla quale è assegnata la polizza.

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

Art. 20) ONERI FISCALI

Gli oneri fiscali relativi alla polizza sono a carico del Contraente.

Art. 22) FORO COMPETENTE

Foro competente, a scelta della parte attrice, è esclusivamente quello del luogo dove ha sede il Contraente o la Direzione della Società.

Art. 23) RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

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

IL CONTRAENTE

S A S A
Assicurazioni Riassicurazioni S.p.A.

Emessa in tre originali ad un solo effetto
Trieste, li 6 ottobre 2009