protezione salute

IL PRESENTE FASCICOLO INFORMATIVO CONTENENTE:

- NOTA INFORMATIVA COMPRENSIVA DEL GLOSSARIO
- CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE COMPRENSIVE DELL'INFORMATIVA SULLA PRIVACY

DEVE ESSERE CONSEGNATO AL CONTRAENTE PRIMA DELLA SOTTOSCRIZIONE DEL CONTRATTO O, DOVE PREVISTA, DELLA PROPOSTA DI ASSICURAZIONE.

PRIMA DELLA SOTTOSCRIZIONE LEGGERE ATTENTAMENTE LA NOTA INFORMATIVA.

contratto di assicurazione sanitaria

edizione luglio 2018

AXA Assicurazioni S.p.A.

protezione salute

IL PRESENTE FASCICOLO INFORMATIVO CONTENENTE:

- NOTA INFORMATIVA COMPRENSIVA DEL GLOSSARIO
- CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE COMPRENSIVE DELL'INFORMATIVA SULLA PRIVACY

DEVE ESSERE CONSEGNATO AL CONTRAENTE PRIMA DELLA SOTTOSCRIZIONE DEL CONTRATTO O, DOVE PREVISTA, DELLA PROPOSTA DI ASSICURAZIONE.

PRIMA DELLA SOTTOSCRIZIONE LEGGERE ATTENTAMENTE LA NOTA INFORMATIVA.

contratto di assicurazione sanitaria

edizione luglio 2018

AXA Assicurazioni S.p.A. - Sede Legale e Direzione Generale: Corso Como 17, 20154 Milano - Italia
Tel. (+39) 02 480841 - Fax (+39) 02 48084331 - PEC: axaassicurazioni@axa.legalmail.it

Capitale Sociale € 211.168.625 interamente versato - Ufficio del Registro delle Imprese di Milano C. F. e P. I.V.A. n. 00902170018 - Numero R.E.A. della C.C.I.A.A. di Milano n. 1576311 - Direzione e coordinamento di AXA MEDITERRANEAN HOLDING SAU ai sensi dell'art. 2497 bis C.C. - Iscrizione Albo Imprese IVASS n. 1.00025 - Capogruppo del gruppo assicurativo AXA ITALIA iscritto all'Albo Gruppi IVASS con il n. 041 - Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con Decreto del Ministero dell'industria, del commercio e dell'artigianato del 31 dicembre 1935 - (Gazzetta Ufficiale del 9 aprile 1936 n. 83)

AREA CLIENTI

L’Area Clienti di AXA è uno spazio dove potrai consultare la tua posizione assicurativa ovunque tu sia

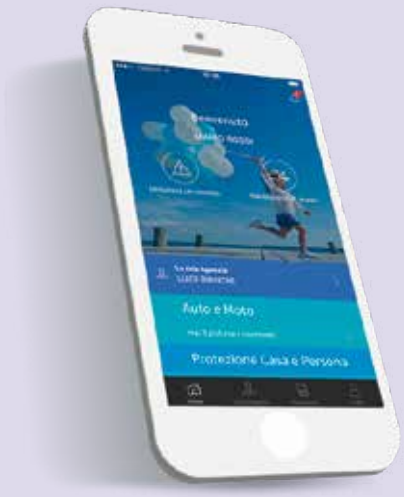
Registrarsi è facile: bastano – codice fiscale e numero di polizza – per consultare:

- Le tue **coperture assicurative** in essere.
- Le tue **condizioni contrattuali.**
- Lo stato di pagamento dei tuoi premi e le **relative scadenze**.
- **... e molto altro ancora!**

AREA CLIENTI

Per maggiori informazioni e assistenza consulta il nostro sito www.axa.it oppure contattaci direttamente:

- ☑ **Modulo di richiesta online su www.axa.it, sezione Contattaci**



My AXA è la nuova App dedicata a tutti i nostri clienti. Inquadra il QR Code e scarica l’App da Play Store e App Store!

Per questo prodotto è stata usata una carta proveniente da foreste gestite in maniera corretta e responsabile secondo rigorosi standard ambientali, sociali ed economici.

FSC www.fsc.org MISTO Carta da fonti gestite in maniera responsabile FSC® C101942

Nota informativa assicurazione malattia

(predisposta in conformità del D.Lgs. 7 settembre 2005, N. 209 art. 185 – Codice delle assicurazioni private e regolamento ISVAP n. 24 del 18/05/2008 e il regolamento ISVAP n. 35 del 26 maggio 2010).

Avvertenza

La presente Nota Informativa è redatta secondo lo schema predisposto dall'IVASS, ma il suo contenuto non è soggetto alla preventiva approvazione dell'IVASS.

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

La Nota informativa non sostituisce quanto regolamentato dalle condizioni generali di assicurazione.

Le definizioni contenute nel Glossario riportato nella Nota Informativa, integrano e precisano quanto disciplinato all'interno delle C.G.A.

A - INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE

1. Informazioni generali

AXA ASSICURAZIONI S.p.A., con sede legale in Italia, Milano, Corso Como, 17 (20154), è soggetta alla direzione ed al coordinamento di AXA MEDITERRANEAN HOLDING SAU (calle Monsenor Palmer, 1 - Palma de Mallorca - Spagna) ai sensi dell'Art. 2497 bis c.c.

La Compagnia mette a disposizione dei clienti i seguenti recapiti per richiedere eventuali informazioni sia in merito alla Compagnia sia in relazione al Contratto proposto: numero telefonico +39.02.48.084.1 – Fax +39. 02.48.084.331; indirizzo internet: **www.axa.it**; indirizzo di posta elettronica: **infodanni@axa.it**

La Compagnia. è stata autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa con D.M. del 31.12.1935 pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 83 del 9 aprile 1936. La Compagnia è iscritta all'Albo delle Imprese IVASS n.1.00025, Capogruppo del gruppo assicurativo AXA ITALIA iscritto all'Albo Gruppi IVASS con il n. 041.

2. Informazioni sulla situazione patrimoniale dell'impresa di assicurazione

Il patrimonio netto di AXA Assicurazioni S.p.A., riferito all'ultimo bilancio approvato (esercizio 2017), ammonta a € 645 milioni di cui € 211 milioni di capitale sociale interamente versato e € 434 milioni di riserve patrimoniali, compreso il risultato di esercizio.

Il solvency ratio al 31 dicembre 2017, ovvero la misura sintetica del grado di solidità patrimoniale della Compagnia, calcolata secondo i criteri e le modalità indicate dalla Direttiva 2009/138/CE del Parlamento Europeo e dal Regolamento delegato (UE) 2015/35, come rapporto tra Fondi propri ammissibili per la copertura del Requisito patrimoniale di solvibilità ed il Requisito stesso, è pari al 138%.

B - INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

Durata e proroga del contratto

La durata prevista dal contratto è espressamente indicata in polizza e può essere annuale oppure pluriennale.

Il contratto può essere inoltre stipulato sia nella forma con tacito rinnovo alla scadenza sia nella forma senza tacito rinnovo.

Avvertenza:

Il contratto di durata annuale si rinnova tacitamente per un altro anno e così successivamente di anno in anno, ad ogni scadenza annuale, in mancanza di disdetta inviata da una delle Parti, mediante lettera raccomandata spedita almeno 30 giorni prima della scadenza

Il contratto di durata pluriennale si rinnova tacitamente per un altro anno alla sua scadenza e così successivamente di anno in anno, ad ogni scadenza annuale in mancanza di disdetta inviata da una delle Parti, mediante lettera raccomandata spedita almeno 30 giorni prima della scadenza originaria o rinnovata

Il periodo di assicurazione è stabilito nella durata di un anno, se l'assicurazione è stipulata per una durata inferiore, il periodo di assicurazione coincide con la durata del contratto.

Si rinvia per maggiori dettagli agli Artt. 42 "Pagamento del premio" e 45 "Proroga e periodo di assicurazione" delle C.G.A.

3. Coperture assicurative offerte - Limitazioni ed esclusioni

Protezione Salute è una polizza sanitaria che prevede le seguenti garanzie.

Avvertenza: Le coperture assicurative di seguito indicate, sono operanti se richiamate in Polizza ed è stato pagato il relativo premio.

Garanzia	**Copertura assicurativa**	Articolo C.G.A.
Ricoveri, interventi e day hospital	Rimborso delle spese mediche sostenute in caso di ricovero con/senza intervento, day hospital/day surgery o intervento chirurgico ambulatoriale. La garanzia comprende anche le spese sostenute nei 120 giorni precedenti e successivi il periodo di ricovero con/senza intervento, day surgery o intervento chirurgico ambulatoriale.	Art. 1
Ricoveri, interventi e day hospital, in convenzione	Rimborso delle spese mediche sostenute in caso di ricovero con/senza intervento, day hospital/day surgery o intervento chirurgico ambulatoriale. La garanzia comprende anche le spese sostenute nei 120 giorni precedenti e successivi il periodo di ricovero con/senza intervento, day surgery o intervento chirurgico ambulatoriale. La copertura opera con uno scoperto del 20%, con un minimo di €2.500,00 e un massimo di €10.000,00 che non si applica alle spese sostenute, previa autorizzazione della Centrale Operativa, presso strutture e medici convenzionati.	Art. 3
Gravi Malattie	Rimborso delle spese mediche sostenute in caso di ricovero con/senza intervento, day hospital/day surgery o intervento chirurgico ambulatoriale per gravi malattie di cui all'allegato 1 "Elenco gravi malattie". La garanzia comprende anche le spese sostenute nei 120 giorni precedenti e successivi il periodo di ricovero con/senza intervento, day surgery o intervento chirurgico ambulatoriale.	Art. 5
Grandi interventi chirurgici	Rimborso delle spese mediche sostenute in caso di grande intervento chirurgico di cui all'allegato 2 "Elenco grandi interventi". La garanzia comprende anche le spese sostenute nei 120 giorni precedenti e successivi il periodo di ricovero per grande intervento chirurgico.	Art. 6
Pre e post ricovero	Rimborso delle spese mediche sostenute nei 120 giorni precedenti e successivi ad un periodo di ricovero con/senza intervento, day surgery o intervento chirurgico ambulatoriale.	Art. 7
Alta specializzazione e trattamenti fisioterapici	Rimborso delle spese mediche sostenute per accertamenti diagnostici di alta specializzazione (TAC, RMN, ecc.) trattamenti fisioterapici e rieducativi e terapie ambulatoriali da neoplasie.	Art. 8
Visite ed accertamenti	Rimborso delle spese mediche sostenute per visite mediche, esami ed analisi di laboratorio ed accertamenti diagnostici.	Art. 9
Diaria da ricovero	Pagamento di una diaria per ogni giorno di ricovero in istituto di cura.	Art. 10
Diaria da convalescenza post ricovero	Pagamento di una diaria per ogni giorno di convalescenza domiciliare successiva ad un ricovero in istituto di cura.	Art. 11
Infortuni senza ricovero	Rimborso delle spese sostenute per prestazioni mediche ed infermieristiche, trasporto sanitario, accertamenti diagnostici, trattamenti fisioterapici e rieducativi. La garanzia comprende anche una diaria in caso di applicazione di gessatura.	Art. 12
Capitale da convalescenza	Pagamento di una somma assicurata in caso di diagnosi di una grave patologia rientrante nell'allegato 3.	Art. 13
Check up	Rimborso delle spese mediche sostenute in caso di check up.	Art. 14
Prima Assistenza / Assistenza 360	Servizi di emergenza, orientamento e prestazioni all'estero per la Prima Assistenza e in aggiunta servizi di assistenza pratica e professionale, videochiamata con un medico, telemedicina e Second Opinion per l'Assistenza 360.	Artt. 21, 22
Tutela legale	Rimborso delle spese legali sostenute in relazione a vertenze promosse dall'Assicurato nei confronti di enti presso i quali abbia effettuato un esame o una visita diagnostica o sia stato ricoverato o curato ambulatorialmente ovvero di medici che lo abbiano visitato o curato.	Art. 29

Avvertenza

Esclusioni e limiti delle coperture assicurative

Il contratto prevede limitazioni, esclusioni e sospensioni alle coperture assicurative, che possono comportare la riduzione o il mancato pagamento dell'indennizzo, esplicitate negli articoli delle C.G.A. ed evidenziate in neretto o con retinatura. Si invita a prestare particolare attenzione ai seguenti Artt.: 1 "Ricoveri, interventi e day hospital", 3 "Ricoveri, interventi e day hospital in convenzione", 4 "Prestazioni sanitarie assistenziali", 7 "Pre e post ricovero", 8 "Alta specializzazione e trattamenti fisioterapici", 9 "Visite ed accertamenti", 10 "Diaria da ricovero", 11 "Diaria da convalescenza post ricovero", 12 "Infortuni senza ricovero", 13 "Capitale da convalescenza", 14 "Check up", 15 "Termini di aspettativa", 16 "Esclusioni", 21 "Prima Assistenza", 22 "Assistenza 360", 23 "Esclusioni", 24 "Limiti di esposizione", 25 "Responsabilità", 26 "Come richiedere i servizi di assistenza", 28 "Comunicazioni e variazioni", 30 "Limiti territoriali della Tutela legale", 32 "Esclusioni", 40 "Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio", 42 "Pagamento del premio", 49 "Persone non assicurabili" e 51 "Modifiche dell'assicurazione".

Avvertenza

Presenza di franchigie, scoperti e massimali (massimo limite d'indennizzo)

Il contratto prevede l'applicazione di franchigie e/o scoperti e/o massimali alle coperture assicurative di cui al presente punto della Nota Informativa. La loro applicazione può comportare la riduzione o il mancato pagamento dell'indennizzo.

Sono contenuti nei seguenti Artt.: 1 "Ricoveri, interventi e day hospital", 2 "Forma speciale: forma con franchigia", 3 "Ricoveri, interventi e day hospital in convenzione", 4 "Prestazioni sanitarie assistenziali", 8 "Alta specializzazione e trattamenti fisioterapici", 9 "Visite ed accertamenti", 14 "Check up", 21 "Prima Assistenza", 22 "Assistenza 360" e 29 "Tutela legale".

Esempio di applicazione di franchigia:

Richiesta di rimborso €5.000,00, franchigia prevista €1.600,00 per sinistro. Importo liquidato €3.400,00 (€5.000,00 – €1.600,00 = €3.400,00).

Esempi di applicazione di scoperto con un minimo in euro:

Richiesta di rimborso €500,00, scoperto 20% con il minimo di €30,00 per sinistro. Importo liquidato €400,00 (il 20% di 500,00 =100,00 di conseguenza €500,00 – €100,00 = €400,00); poiché il 20% di €500,00 è superiore al minimo previsto di €30,00.

Esempi di applicazione di scoperto con un minimo e un massimo in euro:

Richiesta di rimborso €25.000,00, scoperto 10% con il minimo di €1.000,00 e un massimo di €2.000,00 per sinistro. Importo liquidato €23.000,00 (il 10% di 25.000,00 = 2.500,00) poiché €2.500,00 è superiore a €2.000,00 si applica il massimo di €2.000,00.

Esempi di applicazione di scoperto con il minimo e in concomitanza con limite massimo di indennizzo:

Richiesta di rimborso €2.500,00, scoperto 20% con il minimo di €100,00 per sinistro e limite massimo di indennizzo di €1.600,00 per sinistro e per anno assicurativo. Importo liquidato €1.600,00 poiché l'importo di €2.000,00 (pari a €2.500,00 – 20% (€500,00)) è superiore al limite massimo di indennizzo di €1.600,00.

Avvertenza

Assenza limiti d'età

Il contratto non prevede limiti di età assicurabile salvo quanto disciplinato dall'art. 46 "Recesso per limiti di età"

4. Periodi di carenza contrattuale

Avvertenza

Presenza di carenze ovvero termini di aspettativa

Il contratto prevede dei limiti temporali alla operatività delle garanzie. Pertanto si richiama l'attenzione del Contraente/Assicurato al fatto che il contratto prevede dei termini di aspettativa o carenza ossia dei periodi temporali in cui le garanzie di polizza, in tutto o in parte, non sono operative, così come disposto dall' Art. 15 delle C.G.A.

5. Dichiarazioni dell'Assicurato in ordine alle circostanze del rischio – Questionario sanitario - Nullità

Avvertenza

Dichiarazioni false o reticenti in sede di conclusione del contratto, potrebbero comportare la cessazione dello stesso con la perdita totale o parziale dell'indennizzo/risarcimento, così come disposto dall'Art. 40 delle C.G.A.

Avvertenza

Dichiarazioni false o reticenti in sede di compilazione del questionario sanitario, potrebbero comportare l'annullamento dello stesso con la perdita totale o parziale dell'indennizzo/risarcimento.

6. Premi

Il contratto, salvo diversa pattuizione fra le Parti, è stipulato con frazionamento annuale, dove per frazionamento deve intendersi la periodicità di pagamento del premio. E' consentito il frazionamento semestrale, quadrimestrale, trimestrale e mensile senza ulteriori oneri aggiuntivi.

Gli intermediari possono ricevere dal contraente, a titolo di pagamento dei premi assicurativi (D.Lgs. 7 settembre 2005, N. 209 – Codice delle assicurazioni private):

a) assegni bancari, postali o circolari, muniti della clausola di non trasferibilità, intestati all'impresa per conto della quale operano o a quella di cui sono distribuiti i contratti, oppure all'intermediario, espressamente in tale qualità;
b) ordini di bonifico, altri mezzi di pagamento bancario o postale, sistemi di pagamento elettronico, che abbiano quale beneficiario uno dei soggetti indicati alla precedente lettera a).

Per i contratti di assicurazione contro i danni, di cui all'Art. 2, comma 3 del decreto, il divieto riguarda i premi di importo superiore a settecentocinquanta euro annui per ciascun contratto. Il divieto non opera per le coperture del ramo responsabilità civile auto e per le relative garanzie accessorie, se ed in quanto riferite allo stesso veicolo Assicurato per la responsabilità civile auto.

Avvertenza

Sconti sul premio

Il contratto prevede l'applicazione di sconti in relazione al numero delle persone assicurate.

L'Intermediario/Agente può avere la possibilità di applicare a titolo di sconto, nell'ambito di una flessibilità eventualmente concessa dalla compagnia, una riduzione sul premio di tariffa.

7. Adeguamento del premio e delle somme assicurate

Il contratto, (nella fattispecie le somme assicurate, i limiti d'indennizzo, le franchigie riportate in euro ed il premio), è soggetto ad "adeguamento automatico" in base all'indice di statistica pubblicato dall'ISTAT di Roma secondo le modalità previste dalla clausola "Indicizzazione e adeguamento automatico del premio" (Art. 43 C.G.A.).

Il premio inoltre è soggetto ad adeguamento automatico in base all'età dell'Assicurato secondo le modalità previste dalla clausola, "Aggiornamento automatico del premio in base all'età dell'Assicurato" delle Condizioni generali di assicurazione (Art. 44 C.G.A.).

8. Diritto di recesso

Avvertenza

Diritto di recesso per sinistro

Il contratto non prevede per entrambe le Parti la facoltà di esercitare il diritto di recesso in caso di sinistro.

Diritto di recesso per età

Le Parti, ad ogni scadenza annua successiva al compimento del 75° anno di età dell'Assicurato possono recedere dal contratto con preavviso di 30 giorni.

Diritto di recesso alla scadenza contrattuale:

- **Durata annuale:** è riconosciuto ad entrambe le Parti il diritto di recedere dal contratto, mediante l'invio di una lettera raccomandata, spedita almeno 30 giorni prima della scadenza originaria o rinnovata;
- **Durata pluriennale:** in deroga all'art 1899, primo comma, del codice civile è riconosciuto al Contraente il diritto di recedere dal contratto alla scadenza di ogni singola annualità, mediante l'invio di una lettera raccomandata

spedita almeno 60 giorni prima della scadenza. In ogni caso, è riconosciuto ad entrambe le Parti alla scadenza naturale indicata in polizza, il diritto di recedere mediante l'invio di una lettera raccomandata spedita almeno 30 giorni prima della scadenza.

Si rinvia per maggiori dettagli all'Artt. 45 "Proroga e periodo di assicurazione, 46 "Recesso per limite d'età" e 47 "Rinuncia al diritto di recesso in caso di sinistro" delle C.G.A..

9. Prescrizione e decadenza dei diritti derivanti dal contratto

I diritti derivanti dal contratto di assicurazione si prescrivono dopo due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda (Art. 2952 c.c. 2° comma, così come modificato dalla Legge 27 ottobre 2008, n. 166), fermo restando quanto stabilito dal primo comma dell'Art. 2952 del c.c.

10. Legge applicabile al contratto

In base all'Art. 180 D.Lgs. 7/9/2005, n. 209 "Codice delle assicurazioni", il contratto è regolato dalla legge italiana.

11. Regime fiscale

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

Il presente contratto è soggetto all'imposta sulle assicurazioni vigente in Italia (Art. 50 "Oneri fiscali").

C - INFORMAZIONI SULLE PROCEDURE LIQUIDATIVE E SUI RECLAMI

12. Sinistri – Liquidazione dell'indennizzo

Avvertenza

Si richiama l'attenzione del Contraente/Assicurato all'individuazione del momento in cui insorge una malattia e a tale scopo si rimanda alla definizione di insorgenza della malattia dove per tale si intende l'inizio, ancorché asintomatico, della malattia stessa.

Per le modalità ed i termini a carico del Contraente/Assicurato di denuncia di sinistro o di richiesta dei servizi di assistenza, per le eventuali spese di accertamento del danno, per l'ipotesi in cui è richiesta la visita medica e per il termine minimo e massimo entro cui la Società effettua l'accertamento della malattia si rimanda agli Artt.: 17 "Utilizzo di strutture sanitarie e medici convenzionati con AXA", 18 "Cosa fare in caso di sinistro", 19 "Criteri di liquidazione e pagamento dell'indennizzo", 20 "Controversie - Arbitrato irrituale", 26 "Come richiedere i servizi di assistenza", 27 "Come richiedere il servizio di Second opinion", 33 "Cosa fare in caso di sinistro e libera scelta del legale", 34 "Fornitura mezzi di prova e documenti occorrenti alla prestazione della garanzia assicurativa", 35 "Gestione del sinistro Tutela legale".

13. Assistenza diretta - Convenzioni

Avvertenza

Si richiama l'attenzione del Contraente/Assicurato circa la possibilità di poter usufruire delle prestazioni sanitarie previste dalla polizza rimborso spese mediche in forma diretta, ovvero passando attraverso il circuito di centri sanitari convenzionati Axa senza alcun esborso di danaro da parte dell'Assicurato stesso.

Si rimanda agli Artt. 17 "Utilizzo di strutture sanitarie e medici convenzionati con AXA"; 18 "Cosa fare in caso di sinistro"; 19 "Criteri di liquidazione e pagamento dell'indennizzo".

L'elenco aggiornato dei centri sanitari convenzionati è consultabile al sito: ***www.axa.it***

14. Reclami

Eventuali reclami relativi ad un contratto o servizio assicurativo nei confronti dell'Impresa di assicurazione devono essere preliminarmente presentati per iscritto (posta, fax, email/PEC) all'Ufficio Gestione Reclami secondo le seguenti modalità:

mail: reclami@axa.it

pec: reclamiisvapaxa@axa.legalmail.it

posta: **AXA Assicurazioni S.p.A** c.a Ufficio Gestione Reclami Corso Como, 17 - 20154 Milano

fax: +39 02 43448103

avendo cura di indicare:

• nome, cognome, indirizzo completo e recapito telefonico del reclamante;

• numero della polizza e nominativo del contraente;

• numero e data del sinistro al quale si fa riferimento;

• indicazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato;

• breve ed esaustiva descrizione del motivo di lamentela;

• ogni altra indicazione e documento utile per descrivere le circostanze.

Sarà cura della Compagnia fornire riscontro entro 45 giorni dalla data di ricevimento del reclamo.

Per eventuali reclami aventi ad oggetto il comportamento di un Agente piuttosto che di un collaboratore/dipendente di quest'ultimo, il termine di riscontro di cui sopra potrà essere sospeso per un periodo di 15 giorni, al fine di garantire il contradditorio con l'intermediario di cui sopra e consentire allo stesso di effettuare le necessarie integrazioni istruttorie e di esprimere le proprie posizioni relativamente all'oggetto del reclamo così come previsto dalla normativa vigente.

Nel caso di mancato o parziale accoglimento del reclamo, nella risposta verrà fornita una chiara spiegazione della posizione assunta sia dalla Compagnia che dall'Agente interessato in relazione al reclamo stesso ovvero della sua mancata risposta.

Qualora il reclamante non abbia ricevuto risposta oppure ritenga la stessa non soddisfacente, prima di rivolgersi all'Autorità Giudiziaria, può scrivere all'IVASS (Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma; fax 06.42.133.745 o 06.42.133.353, ivass@pec.ivass.it) fornendo copia del reclamo già inoltrato all'impresa ed il relativo riscontro anche utilizzando il modello presente nel sito dell'IVASS alla sezione "per il Consumatore - come presentare un reclamo".

Inoltre il reclamante può ricorrere ai sistemi alternativi per la risoluzione delle controversie previsti a livello normativo o convenzionale, quali:

- **Conciliazione paritetica**: per controversie in materia di risarcimento danni R.C.A. la cui richiesta di risarcimento abbia un valore non superiore a € 15.000,00, sia stata formulata senza l'intervento di rappresentanti (avvocati, consulenti, infortunistiche) o di cessionari del credito e non sia stata riscontrata dalla Compagnia oppure sia stata respinta oppure sia stata seguita da un risarcimento ritenuto non soddisfacente.

  Per accedere alla procedura è necessario rivolgersi ad una delle Associazioni dei Consumatori aderenti all'Accordo ANIA (indicate in apposito elenco su www.ania.it), utilizzando il modulo di richiesta che si può scaricare dai siti internet delle stesse Associazioni dei Consumatori e dell'ANIA ed allegando copia della documentazione a sostegno della domanda.

  La Compagnia provvederà a rispondere entro 30 giorni dal giorno dell'attivazione.

- **Negoziazione assistita**: per controversie in materia di risarcimento danni R.C.A., le cui Parti convengono di cooperare per risolvere in via amichevole la questione tramite l'assistenza obbligatoria di avvocati iscritti all'Albo.

  Per attivare la procedura è necessario rivolgere alla Compagnia un invito a partecipare alla procedura, tramite Raccomandata con avviso di ricevimento o tramite PEC.

  La Compagnia provvederà a rispondere all'invito entro 30 giorni dal ricevimento dello stesso.

- **Mediazione**: per controversie relative a contratti assicurativi e a diritti al risarcimento derivanti da responsabilità medica e sanitaria, le Parti, ai sensi dell'art. 5, comma 1-bis, del d.lgs. n. 28/2010 sono tenute a tentare di risolvere la questione avanti un Organismo di Mediazione (compreso tra gli Enti o le persone fisiche abilitati, in quanto iscritti nel registro ufficiale del Ministero della Giustizia).

  Per attivare la procedura, il contraente, l'Assicurato o il danneggiato dovranno rivolgersi ad un Organismo di Mediazione del luogo del Giudice territorialmente competente per la controversia, che provvederà a trasmettere alla Compagnia la domanda di attivazione, con indicazione della data fissata per il primo incontro.

  La Compagnia provvederà a rispondere almeno 7 giorni lavorativi prima della data prevista per il primo incontro.

- **Arbitrato irrituale**: laddove espressamente previsto dalle Condizioni Generali di Assicurazione, per controversie relative alla determinazione del valore del danno o alle conseguenze di natura medica di un sinistro, che verranno devolute ai consulenti tecnici nominati da ciascuna delle Parti.

  Per attivare la procedura è necessario comunicare alla Compagnia la volontà di dare avvio alla stessa.

La Compagnia provvederà a dare riscontro al richiedente indicando il nominativo del proprio consulente tecnico e la Procedura seguirà le modalità espressamente indicate nella relativa previsione di Polizza.

Per maggiori informazioni si rimanda a quanto presente nell'area Reclami del sito www.axa.it

Per la risoluzione delle liti transfrontaliere è possibile presentare reclamo all'IVASS o direttamente al sistema estero http://ec.europa.eu/internal_market/fin-net/members_en.htm competente chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET.

Eventuali reclami relativi alla mancata osservanza da parte della Compagnia, degli intermediari e dei periti assicurativi, delle disposizioni del Codice delle assicurazioni, delle relative norme di attuazione nonché delle norme sulla commercializzazione a distanza dei prodotti assicurativi possono essere presentati direttamente all'IVASS, secondo le modalità sopra indicate.

15. Arbitrato

Avvertenza

Qualora per la risoluzione di eventuali controversie si dovesse ricorrere in arbitrato, così come regolamentato dagli Artt. 20 e 35 delle C.G.A., si rammenta la possibilità in ogni caso di rivolgersi all'Autorità giudiziaria.

Il Collegio Medico risiede nella località scelta consensualmente tra le Parti; in caso di disaccordo il Collegio Medico risiede nel comune, sede di Istituto di Medicina Legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato.

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

AXA ASSICURAZIONI S.p.A.

L'Amministratore Delegato

Patrick Cohen

Glossario

Alle seguenti definizioni le Parti attribuiscono convenzionalmente il significato di seguito precisato:

Aborto terapeutico: interruzione volontaria della gravidanza provocata da determinati trattamenti medici al fine di preservare la salute della madre o di evitare lo sviluppo di un feto segnato da malformazioni o gravi patologie, effettuata nel rispetto di quanto disposto dalla legge italiana.

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

Assicurazione: il contratto di assicurazione.

AXA: AXA Assicurazioni S.p.A.

AXA Assistance: INTER PARTNER ASSISTANCE S.A. - Rappresentanza Generale per l'Italia - Via Carlo Pesenti, 121 - 00156 Roma.

Cartella Clinica: documento ufficiale avente la natura di atto pubblico, redatto durante la degenza, diurna o con pernottamento in istituto di cura, contenente le generalità del paziente per esteso, diagnosi di ingresso e dimissione, anamnesi patologica remota e prossima, interventi chirurgici eseguiti, terapie effettuate, esami e diario clinico, la Scheda di Dimissione Ospedaliera (S.D.O.).

Centro medico: struttura dotata di direzione sanitaria, regolarmente autorizzata come da normativa vigente all'erogazione di prestazioni sanitarie diagnostiche o terapeutiche (esami diagnostici strumentali, analisi di laboratorio, utilizzo di apparecchiature elettromedicali, trattamenti fisioterapici e rieducativi). Tale struttura può anche non essere adibita al ricovero, e non deve essere finalizzata a trattamenti di natura estetica.

Contraente: il soggetto che stipula l'assicurazione.

Convalescenza: periodo di tempo successivo alla dimissione dall'istituto di cura, necessario per la guarigione clinica, ovvero per la stabilizzazione dei postumi.

Day Hospital: degenza in istituto di cura senza pernottamento non comportante intervento chirurgico, con redazione di Cartella Clinica.

Day Surgery: degenza in istituto di cura senza pernottamento e comportante intervento chirurgico terapeutico, con redazione di Cartella Clinica.

Difetti fisici: la mancanza o l'imperfezione non presenti alla nascita, di un organo o di un apparato anche se non note o non diagnosticate alla stipula della polizza.

Franchigia: la parte di indennizzo espressa in cifra fissa che rimane a carico dell'Assicurato.

Gessatura: ogni mezzo di contenzione rigido costituito da fasce gessate od altro apparecchio di contenimento comunque immobilizzante prescritto da personale medico. Sono compresi i bendaggi elastici anche se adesivi limitatamente al trattamento o riduzione di una frattura radiograficamente accertata.

Grande intervento Chirurgico: l'intervento rientrante nell'Elenco dei grandi interventi chirurgici (Allegato 2).

Indennizzo: la somma dovuta da AXA in caso di sinistro.

Infortunio: ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili.

Insorgenza: inizio, ancorché asintomatico della malattia.

Intervento chirurgico: atto medico, avente una diretta finalità terapeutica, praticato da laureato in medicina e chirurgia, abilitato presso un Istituto di Cura o un ambulatorio, effettuato tramite una cruentazione dei tessuti o mediante l'utilizzo di sorgenti di energia meccanica, termica o luminosa (laser).

Intervento Chirurgico Ambulatoriale: intervento di piccola chirurgia non in regime di ricovero, effettuato da medico chirurgo presso Istituto di Cura, Centro Medico o studio medico chirurgico.

IPA: INTER PARTNER ASSISTANCE S.A. - Rappresentanza Generale per l'Italia - Via Carlo Pesenti, 121 - 00156 Roma.

Glossario

Istituto di cura: ospedale, clinica, casa di cura o istituto universitario, regolarmente autorizzati, in base ai requisiti di legge e delle competenti Autorità, all'erogazione dell'assistenza ospedaliera, anche in regime di degenza diurna e l'hospice unicamente se il ricovero è reso necessario per cure terminali palliative. Sono comunque esclusi gli stabilimenti termali, le case di convalescenza o di lungodegenza e di soggiorno e le cliniche aventi finalità dietologiche, estetiche e di benessere. Si intendono quali ricoveri per lunga degenza quelli determinati da condizioni fisiche dell'Assicurato che non consentono più il miglioramento delle condizioni di salute con trattamenti medici finalizzati al trattamento della patologia principale e che rendono necessaria la permanenza in Istituto di cura per interventi di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento.

IVASS: istituto per la vigilanza sulle Assicurazioni, denominazione assunta da ISVAP dal 1 gennaio 2013.

Malattia: ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio. La gravidanza non è considerata malattia.

Malformazione: deviazione dal normale assetto morfologico di un organismo o di parti di suoi organi per condizioni morbose congenite.

Manifestazione: sintomatologia oggettiva della malattia.

Massimale: la somma fino alla concorrenza della quale AXA presta la garanzia.

Osteosintesi: l'intervento chirurgico con il quale si uniscono e rendono stabili due o più frammenti di osso impiegando mezzi metallici (chiodi, viti, placche o fili).

Parti: il Contraente ed AXA.

Polizza: il documento che prova l'assicurazione.

Premio: la somma dovuta dal Contraente ad AXA.

Questionario Sanitario: documento contenente le informazioni sullo stato di salute dell'Assicurato, compilato e sottoscritto dal medesimo o dalla persona che esercita la potestà, che costituisce parte integrante della polizza.

Ricovero: la degenza, comportante almeno un pernottamento, in istituto di cura, documentata da una Cartella Clinica (anche in formato digitale).

Rischio: la probabilità che si verifichi il sinistro.

Scoperto: quota parte delle spese sostenute, espressa in percentuale, che rimane a carico dell'Assicurato.

Sinistro: il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata l'assicurazione. Relativamente alla garanzia tutela legale, il verificarsi della controversia per la quale è prestata l'assicurazione.

Società: AXA Assicurazioni S.p.A.

SSN: Servizio Sanitario Nazionale

Termini di aspettativa: il periodo successivo alla data d'effetto dell'assicurazione durante il quale non è operante la copertura.

Trattamenti fisioterapici: prestazioni di medicina fisica e riabilitativa eseguiti da medico o da professionista fornito di laurea in fisioterapia o titolo equipollente riconosciuto in Italia, tese a rendere possibile il recupero delle funzioni di uno o più organi o apparati colpiti da malattia o infortunio indennizzabili a termine di polizza. Dalla presente copertura dovranno, in ogni caso, ritenersi escluse tutte le prestazioni finalizzate al trattamento di problematiche di natura estetica, nonché le prestazioni eseguite con strumenti il cui utilizzo preminente avvenga nell'ambito della medicina estetica.

Visita specialistica: visita effettuata da medico fornito di specializzazione, per diagnosi e prescrizioni di terapie cui tale specializzazione si riferisce. Sono ammesse esclusivamente le visite di medicina tradizionale, con esclusione di quelle effettuate da medici praticanti le medicine alternative.

PAGINA BIANCA

protezione salute

Condizioni Generali di Assicurazione

contratto di assicurazione sanitaria

edizione luglio 2018

PAGINA BIANCA

Garanzie ospedaliere

(**operanti solo se previste in polizza**)

Art. 1| Ricoveri, interventi e day hospital

La garanzia opera in caso di ricovero con/senza intervento, day hospital/day surgery o intervento chirurgico ambulatoriale resi necessari da malattia, infortunio, parto o aborto terapeutico.

AXA rimborsa all'Assicurato, fino alla concorrenza del massimale indicato in polizza, le spese sostenute: PRIMA, DURANTE, DOPO il periodo di ricovero con/senza intervento, day surgery o intervento chirurgico ambulatoriale e DURANTE il day hospital come di seguito descritto nel presente articolo.

Il massimale riportato in polizza costituisce la somma massima, per persona assicurata e per sinistro, fino alla concorrenza della quale AXA presta la garanzia.

1.1 PRIMA del ricovero con/senza intervento, day surgery o intervento chirurgico ambulatoriale:

a) visite specialistiche, accertamenti diagnostici (compresi gli onorari medici), esami ed analisi di laboratorio, effettuati nei **120 giorni** precedenti l'inizio del ricovero, la data del day surgery o dell'intervento chirurgico ambulatoriale purché inerenti la malattia o l'infortunio che hanno determinato il successivo ricovero o intervento chirurgico.

b) trasporto dell'Assicurato con mezzo sanitariamente attrezzato, idoneo secondo la gravità del caso, per il tragitto fino al pronto soccorso o all'istituto di cura in caso di ricovero.

1.2 DURANTE il ricovero con/senza intervento, day surgery o intervento chirurgico ambulatoriale:

c) onorari del chirurgo, del personale medico di supporto all'intervento, dell'anestesista 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);

d) assistenza medica ed infermieristica, cure, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali, visite specialistiche, accertamenti diagnostici, esami ed analisi di laboratorio;

e) rette di degenza;

f) rette per vitto e pernottamento nell'istituto di cura di un accompagnatore;

g) prestazioni di cui ai punti precedenti relative al ricovero del donatore per il prelievo, trasporto di organi o parti di essi se l'Assicurato è ricevente, oppure sostenute per l'espianto di organi o parti di essi se l'Assicurato è donatore vivente;

h) trasporto dell'Assicurato con mezzo sanitariamente attrezzato, idoneo secondo la gravità del caso, per il trasferimento da un istituto di cura ad un altro;

i) cure dentarie e applicazione di protesi dentarie (comprese il costo di quest'ultime) rese necessarie a seguito di neoplasie o infortunio documentato da referto di pronto soccorso o di ricovero. Relativamente al costo delle protesi dentarie in caso di neoplasie benigne o di infortunio, la garanzia è prestata **fino a concorrenza di € 5.000,00** per persona e per anno assicurativo, purché le spese siano effettuate durante la validità del contratto e comunque entro 360 giorni dall'infortunio o dal ricovero;

j) neonati e feto - in caso di parto indennizzabile a termini di polizza, le spese **fino a concorrenza di € 30.000,00** per:
   - interventi chirurgici, trattamenti terapeutici e visite mediche specialistiche, rette di degenza, medicinali, esami ed analisi di laboratorio, accertamenti diagnostici, praticati in regime di ricovero ai neonati **nei primi 60 giorni** di vita resi necessari da malattia anche congenita e/o da malformazioni, difetti fisici o da infortunio;
   - interventi chirurgici sul feto.

Qualora l'Assicurato non abbia richiesto ad AXA alcun rimborso relativo a spese "Durante il ricovero con/senza intervento, day surgery o intervento chirurgico ambulatoriale", AXA corrisponde, per ogni giorno di ricovero un'**indennità sostitutiva** pari a **€ 140,00 al giorno**, **per il massimo di 120 giorni per anno assicurativo.**

Il primo e l'ultimo giorno di degenza sono considerati una sola giornata mentre l'intervento chirurgico senza ricovero è equiparato ad un giorno di ricovero.

In caso di parto viene corrisposta un'unica indennità sostitutiva per ogni giorno di ricovero della sola madre, indipendentemente dal ricovero di uno o più neonati.

1.3 DOPO il ricovero con/senza intervento, day surgery o intervento chirurgico ambulatoriale:

k) trasporto dell'Assicurato con mezzo sanitariamente attrezzato, idoneo secondo la gravità del caso, per il rientro al domicilio al momento della dimissione;

l) visite specialistiche, accertamenti diagnostici (compresi gli onorari medici), esami ed analisi di laboratorio, prestazioni mediche, chirurgiche, prestazioni infermieristiche, trattamenti fisioterapici o rieducativi, cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera) effettuati nei **120 giorni** successivi alla cessazione del ricovero con/senza intervento, alla data del day surgery o dell'intervento chirurgico ambulatoriale purché inerenti la malattia o l'infortunio che hanno determinato il ricovero o intervento chirurgico;

m) acquisto o noleggio, **fino ad un massimo di € 1.500,00** per anno assicurativo, effettuati nei **120 giorni** successivi alla cessazione del ricovero con/senza intervento, alla data del day surgery o dell'intervento chirurgico ambulatoriale, purché inerenti la malattia o l'infortunio che hanno determinato il ricovero o l'intervento chirurgico:
   - di stampelle, carrozzine, corsetti, tutori e materasso antidecubito;
   - di apparecchi protesici (comprese le protesi acustiche, esclusi occhiali e lenti a contatto), parrucca a seguito di terapie chemioterapiche;
   - di apparecchiature fisioterapiche purché prescritte da medico specialista.

1.4 Durante il day hospital

In caso di infortunio o di malattia dell'Assicurato che rendano necessari **trattamenti terapeutici in day hospital**, AXA rimborsa le spese sostenute dall'Assicurato durante la sola degenza per:

n) accertamenti diagnostici;

o) assistenza medica e infermieristica;

p) trattamenti fisioterapici e rieducativi, farmacologici e radioterapici;

q) rette di degenza.

Le prestazioni previste durante il day hospital si intendono estese anche al caso di permanenza superiore a 8 ore presso il Pronto Soccorso.

Qualora l'Assicurato non abbia richiesto ad AXA alcun rimborso relativo alle spese di cui sopra, AXA corrisponde un'indennità sostitutiva di **€ 70,00** per ogni giorno di day hospital oppure di permanenza superiore a 8 ore presso il Pronto Soccorso, con **il massimo di 120 giorni** per anno assicurativo.

1.5 Limiti d'indennizzo

Le prestazioni garantite dal presente articolo sono soggette ai seguenti limiti di indennizzo per persona e per evento:

- **parto fisiologico fino a € 3.000,00;**
- **parto con taglio cesareo e per l'aborto terapeutico fino a € 6.500,00;**

Fermi i limiti sopra riportati, in caso di parto cesareo e aborto terapeutico o parto fisiologico, AXA rimborsa esclusivamente le prestazioni previste ai punti b) c) d) e) f) h) k).

- **€ 6.500,00 per ernie (salvo quelle discali), appendiciti, varici ed emorroidi;**
- **€ 12.000,00 per ernie discali;**

Relativamente a ernie, appendiciti, varici ed emorroidi i limiti d'indennizzo previsti rappresentano la massima esposizione da parte di AXA esclusivamente per le spese sostenute dall'Assicurato presso strutture e/o medici non convenzionati con AXA. Quindi la parte di spese sostenute in regime di convenzionamento presso strutture e medici convenzionati con AXA non concorrono a saturare i limiti d'indennizzo.

Art. 2| Forma speciale: FORMA CON FRANCHIGIA (operante solo per la garanzia Ricoveri, interventi e day hospital e se espressamente richiamata in polizza)

Fermi i limiti di indennizzo previsti, il rimborso delle spese, relative alle prestazioni comprese dalla lettera a) alla lettera q) del presente Art. 1 – "Ricoveri, interventi e day hospital", sarà effettuato con la detrazione di una franchigia di € 1.600,00 per ogni ricovero con/senza intervento, day hospital/day surgery o intervento chirurgico ambulatoriale sia presso strutture sanitarie e/o medici convenzionati con AXA e sia presso strutture sanitarie e/o medici non convenzionati con AXA.

L'indennità sostitutiva non è soggetta all'applicazione di alcun scoperto o franchigia.

Art. 3| Ricoveri, interventi e day hospital – in convenzione

La garanzia opera in caso di ricovero con/senza intervento, day hospital/day surgery o intervento chirurgico ambulatoriale resi necessari da malattia, infortunio, parto o aborto terapeutico.

AXA rimborsa all'Assicurato, fino alla concorrenza del massimale indicato in polizza, le spese sostenute: PRIMA, DURANTE, DOPO il periodo di ricovero con/senza intervento, day surgery o intervento chirurgico ambulatoriale e DURANTE il day hospital come di seguito descritto nel presente articolo.

Il massimale riportato in polizza costituisce la somma massima, per persona assicurata e per sinistro, fino alla concorrenza della quale AXA presta la garanzia.

3.1 PRIMA del ricovero con/senza intervento, day surgery o intervento chirurgico ambulatoriale:

a) visite specialistiche, accertamenti diagnostici (compresi gli onorari medici), esami ed analisi di laboratorio, effettuati nei **120 giorni** precedenti l'inizio del ricovero, la data del day surgery o dell'intervento chirurgico ambulatoriale purché inerenti la malattia o l'infortunio che hanno determinato il successivo ricovero o intervento chirurgico.

b) trasporto dell'Assicurato con mezzo sanitariamente attrezzato, idoneo secondo la gravità del caso, per il tragitto fino al pronto soccorso o all'istituto di cura in caso di ricovero.

3.2 DURANTE il ricovero con/senza intervento, day surgery o intervento chirurgico ambulatoriale:

c) onorari del chirurgo, del personale medico di supporto all'intervento, dell'anestesista 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);

d) assistenza medica ed infermieristica, cure, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali, visite specialistiche, accertamenti diagnostici, esami ed analisi di laboratorio;

e) rette di degenza;

f) rette per vitto e pernottamento nell'istituto di cura di un accompagnatore;

g) prestazioni di cui ai punti precedenti relative al ricovero del donatore per il prelievo, trasporto di organi o parti di essi se l'Assicurato è ricevente, oppure sostenute per l'espianto di organi o parti di essi se l'Assicurato è donatore vivente;

h) trasporto dell'Assicurato con mezzo sanitariamente attrezzato, idoneo secondo la gravità del caso, per il trasferimento da un istituto di cura ad un altro;

i) cure dentarie e applicazione di protesi dentarie (comprese il costo di quest'ultime) rese necessarie a seguito di neoplasie o infortunio documentato da referto di pronto soccorso o di ricovero. Relativamente al costo delle protesi dentarie in caso di neoplasie benigne o di infortunio, la garanzia è prestata **fino a concorrenza di € 5.000,00** per persona e per anno assicurativo, purché le spese siano effettuate durante la validità del contratto e comunque entro 360 giorni dall'infortunio o dal ricovero;

j) neonati e feto - in caso di parto indennizzabile a termini di polizza, le spese **fino a concorrenza di € 30.000,00** per:
   - interventi chirurgici, trattamenti terapeutici e visite mediche specialistiche, rette di degenza, medicinali, esami ed analisi di laboratorio, accertamenti diagnostici, praticati in regime di ricovero ai neonati **nei primi 60 giorni** di vita resi necessari da malattia anche congenita e/o da malformazioni, difetti fisici o da infortunio;
   - interventi chirurgici sul feto.

Qualora l'Assicurato non abbia richiesto ad AXA alcun rimborso relativo a spese "Durante il ricovero con/senza intervento, day surgery o intervento chirurgico ambulatoriale", AXA corrisponde, per ogni giorno di ricovero un'**indennità sostitutiva** pari a **€ 140,00 al giorno**, **per il massimo di 120 giorni per anno assicurativo.**

Il primo e l'ultimo giorno di degenza sono considerati una sola giornata mentre l'intervento chirurgico senza ricovero è equiparato ad un giorno di ricovero.

In caso di parto viene corrisposta un'unica indennità sostitutiva per ogni giorno di ricovero della sola madre, indipendentemente dal ricovero di uno o più neonati.

3.3 DOPO il ricovero con/senza intervento, day surgery o intervento chirurgico ambulatoriale:

k) trasporto dell'Assicurato con mezzo sanitariamente attrezzato, idoneo secondo la gravità del caso, per il rientro al domicilio al momento della dimissione;

l) visite specialistiche, accertamenti diagnostici (compresi gli onorari medici), esami ed analisi di laboratorio, prestazioni mediche, chirurgiche, prestazioni infermieristiche, trattamenti fisioterapici o rieducativi, cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera) effettuati nei 120 giorni successivi cessazione del ricovero con/senza intervento, alla data del day surgery o dell'intervento chirurgico ambulatoriale purché inerenti la malattia o l'infortunio che hanno determinato il ricovero o intervento chirurgico;

m) acquisto o noleggio, **fino ad un massimo di € 1.500,00** per anno assicurativo, effettuati nei **120 giorni** successivi alla cessazione del ricovero con/senza intervento, alla data del day surgery o dell'intervento chirurgico ambulatoriale, purché inerenti la malattia o l'infortunio che hanno determinato il ricovero o l'intervento chirurgico:
   - di stampelle, carrozzine, corsetti, tutori e materasso antidecubito;
   - di apparecchi protesici (comprese le protesi acustiche, esclusi occhiali e lenti a contatto), parrucca a seguito di terapie chemioterapiche;
   - di apparecchiature fisioterapiche purché prescritte da medico specialista.

3.4 Durante il day hospital

In caso di infortunio o di malattia dell'Assicurato che rendano necessari **trattamenti terapeutici in day hospital**, AXA rimborsa le spese sostenute dall'Assicurato durante la sola degenza per:

n) accertamenti diagnostici;

o) assistenza medica e infermieristica;

p) trattamenti fisioterapici e rieducativi, farmacologici e radioterapici;

q) rette di degenza.

Le prestazioni previste durante il day hospital si intendono estese anche al caso di permanenza superiore a 8 ore presso il Pronto Soccorso.

Qualora l'Assicurato non abbia richiesto ad AXA alcun rimborso relativo a spese di cui sopra, AXA corrisponde un'indennità sostitutiva di **€ 70,00** per ogni giorno di day hospital oppure di permanenza superiore a 8 ore presso il Pronto Soccorso, con **il massimo di 120 giorni** per anno assicurativo.

3.5 Limiti d'indennizzo

Le prestazioni garantite dal presente articolo sono soggette ai seguenti limiti di indennizzo per persona e per evento:

- **parto fisiologico fino a € 3.000,00;**
- **parto con taglio cesareo e per l'aborto terapeutico fino a € 6.500,00;**

Fermi i limiti sopra riportati, in caso di parto cesareo e aborto terapeutico o parto fisiologico, AXA rimborsa esclusivamente le prestazioni previste ai punti b) c) d) e) f) h) k).

- **€ 6.500,00 per ernie (salvo quelle discali), appendiciti, varici ed emorroidi;**
- **€ 12.000,00 per ernie discali;**

Relativamente a ernie, appendiciti, varici ed emorroidi i limiti d'indennizzo previsti rappresentano la massima esposizione da parte di AXA esclusivamente per le spese sostenute dall'Assicurato presso strutture e/o medici non convenzionati con AXA. Quindi la parte di spese sostenute in regime di convenzionamento presso strutture e medici convenzionati con AXA non concorrono a saturare i limiti d'indennizzo.

3.6 Scoperto

Fermi i limiti di indennizzo previsti, il rimborso delle spese, relative alle prestazioni contenute dalla lettera a) alla lettera q) del presente articolo, sarà effettuato con l'applicazione di uno scoperto del 20%, con un minimo di € 2.500,00 e un massimo di €10.000,00 per ogni ricovero con/senza intervento, day hospital/day surgery o intervento chirurgico ambulatoriale. Lo scoperto del 20%, con un minimo di €2.500,00 e un massimo di €10.000,00 non si applica alle alle prestazioni autorizzate dalla Centrale Operativa presso strutture e medici convenzionati e anche nel caso di sinistri relativi agli eventi compresi al punto 3.5 "Limiti d'indennizzo".

L'indennità sostitutiva non è soggetta all'applicazione di alcun scoperto o franchigia.

Art. 4| Prestazioni sanitarie assistenziali (operante per le garanzie "Ricoveri, interventi e day hospital" e "Ricoveri, interventi e day hospital, in convenzione")

In caso di infezione H.I.V. o sindrome da immunodeficienza acquisita (A.I.D.S.), a parziale deroga dell'Art. 49 - "Persone non assicurabili", AXA rimborsa fino a concorrenza di **€ 16.000,00** le spese sostenute dall'Assicurato per il periodo massimo di 120 giorni dalla prima manifestazione della malattia, previste dalle prestazioni "DURANTE il ricovero con/senza intervento, day surgery o intervento chirurgico ambulatoriale " o "Durante il day hospital".

Trascorso tale termine l'assicurazione cessa di avere efficacia.

Art. 5| Gravi malattie

La garanzia opera in caso di ricovero con/senza intervento, day hospital/day surgery o intervento chirurgico ambulatoriale reso necessario da una patologia definita nell'allegato 1 del presente fascicolo "Elenco gravi malattie".

AXA rimborsa all'Assicurato, fino alla concorrenza del massimale indicato in polizza, le spese sostenute: PRIMA, DURANTE, DOPO il periodo di ricovero con/senza intervento, day surgery o intervento chirurgico ambulatoriale e DURANTE il day hospital come di seguito descritto nel presente articolo.

Il massimale riportato in polizza costituisce la somma massima, per persona assicurata e per sinistro, fino alla concorrenza della quale AXA presta la garanzia.

5.1 PRIMA del ricovero con/senza intervento, day surgery o intervento chirurgico ambulatoriale:

a) visite specialistiche, accertamenti diagnostici (compresi gli onorari medici), esami ed analisi di laboratorio, effettuati nei **120 giorni** precedenti l'inizio del ricovero, la data del day surgery o dell'intervento chirurgico ambulatoriale purché inerenti la malattia che ha determinato il successivo ricovero o intervento chirurgico;
b) il trasporto dell'Assicurato con mezzo sanitariamente attrezzato, idoneo secondo la gravità del caso, per il tragitto fino al pronto soccorso o all'istituto di cura in caso di ricovero.

5.2 DURANTE il ricovero con/senza intervento, day surgery o intervento chirurgico ambulatoriale:

c) onorari del chirurgo, del personale medico di supporto all'intervento, dell'anestesista 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);
d) assistenza medica ed infermieristica, cure, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali, visite specialistiche, accertamenti diagnostici, esami ed analisi di laboratorio;
e) rette di degenza;
f) rette per vitto e pernottamento nell'istituto di cura di un accompagnatore;
g) prestazioni di cui ai punti precedenti relative al ricovero del donatore per il prelievo, trasporto di organi o parti di essi se l'Assicurato è ricevente, oppure sostenute per l'espianto di organi o parti di essi se l'Assicurato è donatore vivente;
h) il trasporto dell'Assicurato con mezzo sanitariamente attrezzato, idoneo secondo la gravità del caso, per il trasferimento da un istituto di cura ad un altro;
i) cure dentarie e applicazione di protesi dentarie (comprese il costo di quest'ultime) rese necessarie a seguito di neoplasie maligne purché le spese siano effettuate durante la validità del contratto.

Qualora l'Assicurato non abbia richiesto ad AXA alcun rimborso relativo a spese "DURANTE il ricovero con/senza intervento, day surgery o intervento chirurgico ambulatoriale ", AXA corrisponde, per ogni giorno di ricovero, un'**indennità sostitutiva di € 140,00** con **il massimo di 120 giorni** per anno assicurativo.

Il primo e l'ultimo giorno di degenza sono considerati una sola giornata mentre l'intervento chirurgico senza ricovero è equiparato ad un giorno di ricovero.

5.3 DOPO il ricovero con/senza intervento, day surgery o intervento chirurgico ambulatoriale:

j) il trasporto dell'Assicurato con mezzo sanitariamente attrezzato, idoneo secondo la gravità del caso, per il rientro al domicilio al momento della dimissione;
k) visite specialistiche, accertamenti diagnostici (compresi gli onorari medici), esami ed analisi di laboratorio, prestazioni mediche, chirurgiche, prestazioni infermieristiche, trattamenti fisioterapici o rieducativi, cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera) effettuati nei 120 giorni successivi alla cessazione del ricovero con/senza intervento, alla data del day surgery o dell'intervento chirurgico ambulatoriale purché inerenti la malattia che ha determinato il ricovero o intervento chirurgico.

l) acquisto o noleggio, **fino ad un massimo di € 1.500,00** per persona e per anno assicurativo, effettuati nei **120 giorni** successivi alla cessazione del ricovero o alla data dell'intervento chirurgico senza ricovero, purché inerenti la malattia che ha determinato ricovero o intervento chirurgico:
- di stampelle, carrozzine, corsetti, tutori e materasso antidecubito;
- di apparecchi protesici (comprese le protesi acustiche, comunque esclusi occhiali e lenti a contatto), parrucca a seguito di terapie chemioterapiche;
- di apparecchiature fisioterapiche purché prescritte da medico specialista.

5.4 DURANTE il day hospital

In caso di infortunio o di malattia dell'Assicurato che rendano necessari **trattamenti terapeutici in day hospital**, AXA rimborsa le spese sostenute dall'Assicurato durante la sola degenza per:

n) accertamenti diagnostici;

o) assistenza medica e infermieristica;

p) trattamenti fisioterapici e rieducativi, farmacologici e radioterapici;

q) rette di degenza.

Le prestazioni previste durante il day hospital si intendono estese anche al caso di permanenza superiore a 8 ore presso il Pronto Soccorso.

Qualora l'Assicurato non abbia richiesto ad AXA alcun rimborso relativo a spese di cui sopra, AXA corrisponde un'indennità sostitutiva di **€ 70,00** per ogni giorno di day hospital oppure di permanenza superiore a 8 ore presso il Pronto Soccorso, con **il massimo di 120 giorni** per anno assicurativo.

Art. 6| Grandi interventi chirurgici

La garanzia opera in caso di intervento chirurgico, compreso nell'elenco dei grandi interventi chirurgici (Allegato 2 del presente fascicolo), reso necessario da malattia o infortunio.

AXA rimborsa all'Assicurato, fino alla concorrenza del massimale indicato in polizza, le spese sostenute: PRIMA, DURANTE, DOPO il periodo di ricovero per l'intervento come di seguito descritto nel presente articolo.

Il massimale riportato in polizza costituisce la somma massima, per persona assicurata e per sinistro, fino alla concorrenza della quale AXA presta la garanzia.

6.1 PRIMA del ricovero per grande intervento chirurgico:

a) visite specialistiche, accertamenti diagnostici (compresi gli onorari medici), esami ed analisi di laboratorio, effettuati nei **120 giorni** precedenti l'inizio del ricovero, comportante l'intervento chirurgico purché inerenti la malattia o l'infortunio che hanno determinato il successivo intervento chirurgico.

b) trasporto dell'Assicurato con mezzo sanitariamente attrezzato, idoneo secondo la gravità del caso, per il tragitto fino al pronto soccorso o all'istituto di cura in caso di ricovero.

6.2 DURANTE il ricovero per grande intervento chirurgico:

c) onorari del chirurgo, del personale medico di supporto all'intervento, dell'anestesista 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);

d) assistenza medica ed infermieristica, cure, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali, visite specialistiche, accertamenti diagnostici, esami ed analisi di laboratorio;

e) rette di degenza;

f) rette per vitto e pernottamento nell'istituto di cura di un accompagnatore;

g) prestazioni di cui ai punti precedenti relative al ricovero del donatore per il prelievo, trasporto di organi o parti di essi se l'Assicurato è ricevente, oppure sostenute per l'espianto di organi o parti di essi se l'Assicurato è donatore vivente;

h) trasporto dell'Assicurato con mezzo sanitariamente attrezzato, idoneo secondo la gravità del caso, per il trasferimento da un istituto di cura ad un altro;

i) cure dentarie e applicazione di protesi dentarie (comprese il costo di quest'ultime) rese necessarie a seguito di intervento indennizzabile a termine di polizza di cui all'Allegato 2 Grandi interventi chirurgici.

Qualora l'Assicurato non abbia richiesto ad AXA alcun rimborso relativo a spese "Durante il ricovero per grande intervento chirurgico", AXA corrisponde, per ogni giorno di ricovero un'**indennità sostitutiva** pari a **€ 140,00 al giorno** con **il massimo di 120 giorni per anno assicurativo.**

Il primo e l'ultimo giorno di degenza sono considerati una sola giornata.

6.3 DOPO il ricovero per grande intervento chirurgico:

k) trasporto dell'Assicurato con mezzo sanitariamente attrezzato, idoneo secondo la gravità del caso, per il rientro al domicilio al momento della dimissione;

l) visite specialistiche, accertamenti diagnostici (compresi gli onorari medici), esami ed analisi di laboratorio, prestazioni mediche, chirurgiche, prestazioni infermieristiche, trattamenti fisioterapici o rieducativi, cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera) effettuati nei **120 giorni** successivi alla cessazione del ricovero che ha comportato l'intervento chirurgico, purché inerenti la malattia o l'infortunio che hanno determinato l'intervento chirurgico.

m) acquisto o noleggio, **fino ad un massimo di € 1.500,00** per anno assicurativo, effettuati nei **120 giorni** successivi alla cessazione del ricovero, purché inerenti la malattia o l'infortunio che hanno determinato l'intervento chirurgico:

- di stampelle, carrozzine, corsetti, tutori e materasso antidecubito;
- di apparecchi protesici (comprese le protesi acustiche, esclusi occhiali e lenti a contatto), parrucca a seguito di terapie chemioterapiche;
- di apparecchiature fisioterapiche purché prescritte da medico specialista.

Garanzie extra-ospedaliere

(operanti solo se previste in polizza)

Art. 7| Pre e post ricovero

La garanzia opera in caso di ricovero con/senza intervento, day surgery o intervento chirurgico ambulatoriale resi necessari da malattia o infortunio.

AXA rimborsa all'Assicurato, fino alla concorrenza del massimale indicato in polizza, le spese sostenute: PRIMA e DOPO il periodo di ricovero con/senza intervento, day surgery o intervento chirurgico ambulatoriale come di seguito descritto nel presente articolo.

Il massimale indicato in polizza costituisce la somma massima, per persona assicurata e per anno assicurativo, fino alla concorrenza della quale AXA presta la garanzia.

7.1 PRIMA del ricovero con/senza intervento, day surgery o intervento chirurgico ambulatoriale:

a) visite specialistiche, accertamenti diagnostici (compresi gli onorari medici), esami ed analisi di laboratorio, effettuati nei **120 giorni** precedenti l'inizio del ricovero, la data del day surgery o dell'intervento chirurgico ambulatoriale purché inerenti la malattia o l'infortunio che hanno determinato il successivo ricovero o intervento chirurgico;

b) il trasporto dell'Assicurato con mezzo sanitariamente attrezzato, idoneo secondo la gravità del caso, per il tragitto fino al pronto soccorso o all'istituto di cura in caso di ricovero;

7.2 DOPO il ricovero con/senza intervento, day surgery o intervento chirurgico ambulatoriale:

c) il trasporto dell'Assicurato con mezzo sanitariamente attrezzato, idoneo secondo la gravità del caso, per il rientro al domicilio al momento della dimissione;

d) visite specialistiche, accertamenti diagnostici (compresi gli onorari medici), esami ed analisi di laboratorio, prestazioni mediche, chirurgiche, prestazioni infermieristiche, trattamenti fisioterapici o rieducativi, cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera) effettuati nei 120 giorni successivi cessazione del ricovero con/senza intervento, alla data del day surgery o dell'intervento chirurgico ambulatoriale purché inerenti la malattia o l'infortunio che hanno determinato il ricovero o intervento chirurgico;

e) acquisto o noleggio, **fino ad un massimo di € 1.500,00** per persona e per anno assicurativo, effettuati nei **120 giorni** successivi alla cessazione del ricovero o alla data dell'intervento chirurgico senza ricovero, purché inerenti la malattia o l'infortunio che hanno determinato il ricovero o intervento chirurgico:
   - di stampelle, carrozzine, corsetti, tutori e materasso antidecubito;
   - di apparecchi protesici (comprese le protesi acustiche, esclusi occhiali e lenti a contatto), parrucca a seguito di terapie chemioterapiche;
   - di apparecchiature fisioterapiche purché prescritte da medico specialista.

Art. 8| Alta specializzazione e trattamenti fisioterapici

AXA rimborsa all'Assicurato, **fino alla concorrenza del massimale indicato in polizza, per persona e per anno assicurativo**:

a) le spese per prestazioni sanitarie prescritte da medico curante o da medico specialista e dovranno essere attinenti con la patologia certificata, rese necessarie da malattia o infortunio, di seguito riportate:

- Ago aspirato con ago sottile
- Angiografia (flebografia, arteriografia, angiopneumografia, linfografia, coronarografia o cateterismo cardiaco)
- Broncoscopia o Fibrobroncoscopia
- Cistoscopia
- Cistometria o cistografia
- Colangiopancreatografia endoscopica retrograda (CPRE), Colangiografia intravenosa, Colangiografia percutanea, Colangiografia trans Kehr
- Dermatoscopia digitale (Epiluminescenza digitale)
- Ecocardiografia (Ecocardiodoppler, Ecocardiogramma mono/bilaterale più color doppler)
- Ecografia
- Ecotomografia vascolare (Doppler - Eco Color Doppler)
- EEG Mapping (Mapping del cervello)
- Elettrocardiogramma dinamico (Holter ECG)
- Elettromiografia (EMG) o Elettroneurografia (ENG)
- Elettronistagmografia
- Fluorangiografia oculare
- Laparoscopia, Rettoscopia, Esofago gastroduodenoscopia, Pancolonscopia
- Mielografia
- Mineralogia Ossea Computerizzata (M.O.C.)
- Monitoraggio pressione arteriosa 24 ore (Holter pressorio)
- Polisonnografia
- Prelievo di tessuto con indagine istologica
- Risonanza Magnetica (R.M.)
- Scintigrafia
- SPECT (Tomografia ad emissione di fotone singolo)
- Stroboscopia laringea digitale
- Studio urodinamico
- Test del respiro
- Test Ergometrico o test da sforzo cardiaco
- Tomografia a emissione di positroni (PET)
- Tomografia Computerizzata (T.C.)

Il rimborso delle prestazioni sopra indicate è esteso anche ai follow up per una durata di cinque anni dal primo intervento o dall'intervento di recidiva, purché effettuate durante la validità del contratto, per le seguenti patologie: neoplasie maligne, infarto miocardico acuto e ictus cerebro vascolare.

b) terapie ambulatoriali rese necessarie da neoplasie.

c) trattamenti fisioterapici e rieducativi dell'Assicurato purché effettuati nei **360 giorni** successivi alla data dell'infortunio o alla cessazione del ricovero nel caso di malattia. In caso d'infortunio lo stesso deve essere documentato da referto e/o certificato medico comprovante le lesioni.

Il rimborso delle spese previste dal presente articolo viene effettuato fino alla concorrenza dei massimali indicati in polizza e con l'applicazione dello scoperto del **20%** a carico dell'Assicurato con il minimo di **€ 50,00** per ogni serie di accertamenti diagnostici o per ogni ciclo di trattamenti o terapie previsti da un'unica prescrizione medica e relative alla stessa patologia o sospetto diagnostico.

Qualora l'Assicurato, previa autorizzazione della Centrale Operativa, si rivolga ad un istituto di cura o centro diagnostico convenzionato con AXA, il minimo a carico dell'Assicurato è ridotto a **€ 30,00**.

Qualora l'Assicurato sia ricorso al Servizio Sanitario Nazionale i ticket corrispondenti alle spese di cui sopra saranno rimborsati integralmente.

Art. 9| Visite ed accertamenti

AXA rimborsa all'Assicurato, **fino alla concorrenza del massimale indicato in polizza, per persona e per anno assicurativo**, le spese sostenute per le seguenti prestazioni:

a) onorari relativi a visite mediche rese necessarie da malattia, escluse quelle odontoiatriche e ortodontiche;

b) onorari relativi a visite mediche rese necessarie da infortunio. Le cure odontoiatriche e ortodontiche sono comprese purché l'infortunio sia comprovato da referto di Pronto Soccorso. Sono comunque escluse le protesi dentarie;

c) accertamenti diagnostici, esami ed analisi di laboratorio resi necessari da malattia o infortunio;

Il rimborso delle prestazioni sopra indicate è esteso anche ai follow up per una durata di cinque anni dal primo intervento o dall'intervento di recidiva, purché effettuate durante la validità del contratto, per le seguenti patologie: neoplasie maligne, infarto miocardico acuto e ictus cerebro vascolare.

Il rimborso delle spese previste dal presente articolo viene effettuato fino alla concorrenza dei massimali indicati in polizza e con l'applicazione dello scoperto del **20%** a carico dell'Assicurato con il minimo di **€ 50,00**, per:

- ogni visita medica;
- ogni serie di accertamenti diagnostici o ogni ciclo di cure dentarie previsti da un'unica prescrizione medica e relative alla stessa patologia o sospetto diagnostico.

Qualora l'Assicurato, previa autorizzazione della Centrale Operativa, si rivolga ad un istituto di cura o centro diagnostico convenzionato con AXA, il minimo a carico dell'Assicurato è ridotto a **€ 30,00.**

Qualora l'Assicurato sia ricorso al Servizio Sanitario Nazionale i ticket corrispondenti alle spese di cui sopra saranno rimborsati integralmente.

Art. 10| Diaria da ricovero

In caso di ricovero dell'Assicurato in istituto di cura, reso necessario da infortunio, malattia, parto o aborto terapeutico indennizzabili a termini di polizza, AXA corrisponde la diaria riportata in polizza per ogni giorno di ricovero documentato da cartella clinica per una **durata massima di 365 giorni**.

In caso di ricovero all'estero AXA corrisponde la diaria riportata in polizza aumentata del 50%.

La maggiorazione non è operante per la Città del Vaticano e la Repubblica di San Marino.

In caso di day hospital conseguente ad infortunio o malattia, AXA corrisponde il **50%** della diaria riportata in polizza per ogni giorno documentato da cartella clinica.

In caso di day surgery conseguente ad infortunio o malattia, AXA corrisponde il **100%** della diaria riportata in polizza per ogni giorno documentato da cartella clinica.

In caso di intervento chirurgico ambulatoriale conseguente ad infortunio o malattia, AXA corrisponde il **100%** della diaria riportata in polizza per ogni giorno documentato da relazione medica.

Art. 11| Diaria da convalescenza post ricovero

In caso di convalescenza domiciliare dell'Assicurato successiva ad un ricovero o ad un day surgery conseguenti ad infortunio, malattia, parto o aborto terapeutico indennizzabili a termini di polizza, AXA corrisponde la diaria riportata in polizza, per ogni giorno di convalescenza domiciliare (in ogni caso prescritta e documentata dal medico curante), con il **massimo di:**

- un numero di giorni pari a quelli del ricovero, comunque col **massimo di 30 giorni**, in caso di ricovero senza intervento chirurgico;
- un numero di giorni pari a **5 volte** quelli del ricovero, comunque col **massimo di 40 giorni**, in caso di ricovero con intervento chirurgico terapeutico o day surgery;
- **3 giorni** in caso di parto fisiologico o aborto terapeutico;
- **7 giorni** in caso di parto cesareo.

Il periodo di convalescenza decorre dal giorno successivo alla data di cessazione del ricovero in istituto di cura o del day surgery.

La garanzia non è operante qualora la degenza sia avvenuta in regime di day hospital.

Art. 12| Infortuni senza ricovero

La garanzia Infortuni senza ricovero è composta dalle garanzie: **Infortuni senza ricovero** e **Diaria da gessatura.**

Infortuni senza ricovero

La garanzia opera in caso di infortunio che non abbia comportato ricovero, ma che sia comprovato da referto di pronto soccorso.

AXA rimborsa all'Assicurato, fino alla concorrenza del massimale indicato in polizza, per persona e per anno assicurativo, le spese sostenute nei **90 giorni** successivi alla data dell'infortunio per le seguenti prestazioni:

a) trasporto dell'Assicurato con qualsiasi mezzo sanitariamente attrezzato all'istituto di cura e da qui al suo domicilio;
b) accertamenti diagnostici;
c) onorari per prestazioni mediche ed infermieristiche;
d) trattamenti fisioterapici e rieducativi;
e) cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera).

Diaria da gessatura

La garanzia opera in caso di infortunio con o senza conseguente ricovero in istituto di cura.

AXA corrisponde all'Assicurato la diaria indicata in polizza nel caso in cui sia soggetto a:

- gessatura, a partire dal giorno successivo all'applicazione della gessatura e sino al giorno di rimozione della stessa, per un **periodo massimo di 90 giorni per sinistro**;
- frattura delle costole, dello sterno, della scapola, del bacino, del cranio e/o delle vertebre, radiograficamente accertata e non comportante gessatura per un **periodo massimo di 10 giorni per la frattura di costole e/o dello sterno e/o della scapola** e di **40 giorni per la frattura del bacino, del cranio e/o di vertebre**;
- **intervento di osteosintesi**, a partire dal giorno successivo all'intervento chirurgico di osteosintesi e sino al giorno di rimozione del mezzo metallico applicato, **per un periodo massimo di 40 giorni per sinistro**;
- **applicazione del collare di Schanz o assimilabili**, per traumi distorsivi al rachide cervicale senza lesione mio-capsulo-legamentosa-scheletrica documentata da accertamenti strumentali, **per un periodo massimo di 10 giorni per sinistro**.

Art. 13| Capitale da convalescenza

AXA corrisponde all'Assicurato il capitale indicato in polizza, a titolo di una tantum, nel caso gli sia diagnosticata una patologia compresa nell'allegato 3 "Elenco patologie Capitale da convalescenza".

La garanzia è operante, decorsi i termini di aspettativa, a condizione che:

- la patologia diagnosticata corrisponda ai requisiti stabiliti dalle definizioni contenute nell'Allegato 3;
- l'Assicurato risulti in vita decorsi 90 giorni dalla data della denuncia del sinistro.

L'erogazione del rimborso forfettario comporta l'automatica esclusione dalla copertura della patologia oggetto di indennizzo e la garanzia rimane attiva per i restanti eventi previsti nell'Allegato 3 e per le altre garanzie previste dal presente fascicolo.

La garanzia non è operante per le malattie che siano:

- espressione o conseguenza di malattia la cui manifestazione sia precedente alla data di decorrenza della polizza;
- conseguenza o complicanza di una patologia già indennizzata in applicazione di quanto previsto dalla presente garanzia.

Art. 14| Check up

Perché fare un check up

Il check-up serve a diagnosticare precocemente la presenza di eventuali fattori di rischio, legati all'insorgere di una malattia. A puro titolo indicativo, sono qui sotto riportate le malattie più ricorrenti accertabili con gli esami oggetto del check up previsto in polizza:

Azotemia	malattie epatiche e renali	**Mammografia**	tumori della mammella
Cloremia Sodiemia Potassiemia	malattie renali	**Pap test**	screening delle patologie dell'utero
Colesterolo totale (LDL e HDL)	malattie cardiovascolari	**PCR**	malattie infettive o degenerative

Creatininemia	malattie renali	**PSA**	presenza di neoplasia prostatica
E.C.G.	malattie cardiovascolari	**T3 - T4 – TSH**	funzionalità della tiroide
Ecografia addominale inferiore	malattie tumori addominali inferiori	**Transaminasi**	malattie del fegato e sistemiche
Emocromo con formula	malattie del sangue e sistemiche	**Trigliceridi**	malattie cardiovascolari
Esami urine completo	malattie renali e sistemiche	**Uricemia**	Metabolismo
Gamma G.T.	malattie epatiche	**Visita cardiologica**	malattie cardiovascolari
Glicemia	Tendenza al diabete	**Visita ginecologica**	malattie ginecologiche

Le modalità per effettuare il check up

L'Assicurato che abbia compiuto 30 anni potrà eseguire ogni due anni un check up di prevenzione presso le strutture convenzionate reperibili sul sito www.axa.it

L'Assicurato potrà comunque contattare la Centrale Operativa per consulenza o delucidazioni circa le strutture convenzionate.

	Donna	**Uomo**
tra 30 e 40 anni	**1. Esami di laboratorio:** – Azotemia – Cloremia Sodiemia Potassiemia – Colesterolo totale (LDL e HDL) – Creatininemia – Emocromo con formula – Gamma G.T. – Glicemia – PCR – T3 - T4 - TSH – Transaminasi – Trigliceridi – Uricemia – Esami urine completo **2. Pap test** **3. Visita ginecologica** **4. Mammografia o Ecografia Mammaria**	**1. Esami di laboratorio:** – Azotemia – Cloremia Sodiemia Potassiemia – Colesterolo totale (LDL e HDL) – Creatininemia – Emocromo con formula – Gamma G.T. – Glicemia – PCR – Transaminasi – Trigliceridi – Uricemia – Esami urine completo **2. E.C.G. (Elettrocardiogramma)** **3. Visita cardiologica**
>40 anni	In aggiunta a quanto sopra: **5. E.C.G. (Elettrocardiogramma)** **6. Visita cardiologica**	In aggiunta a quanto sopra: **4. Esame di laboratorio: PSA** **5. Ecografia addominale inferiore**

Come attivare il check up

Per poter effettuare il check up, l'Assicurato dovrà prenotare direttamente la prestazione presso la struttura sanitaria prescelta e successivamente contattare telefonicamente la Centrale Operativa per comunicare la data e il luogo della prenotazione. L'Assicurato riceverà quindi conferma (tramite SMS o e-mail) dell'avvenuta presa in carico diretta dei costi del check up.

La Centrale Operativa è accessibile attraverso i seguenti strumenti:

Numero Verde 800.133.333 per chiamate dall'Italia

Numero +39.011.74.17.288 per chiamate dall'Estero

Servizio telefonico disponibile dal lunedì al venerdì dalle 8.00 alle 18.00 e il sabato dalle 8.00 alle 12.00

Portale Web all'indirizzo https://salute.axa.it

Il primo check up è totalmente a carico di AXA. Per i successivi, trascorsi almeno due anni dalla data del precedente check up (anche in caso di sostituzione di contratto), è richiesta una partecipazione al costo di € 100,00. Non saranno prese in considerazione richieste di rimborso per esami o visite mediche previste dalla tabella sopra riportata effettuate e pagate dall'Assicurato senza preventiva autorizzazione della Centrale Operativa

AXA non verrà a conoscenza degli esiti del check up. Tale documentazione sanitaria potrà essere richiesta solo in caso di denuncia di sinistro, secondo le modalità previste dagli Art. 18 - "Cosa fare in caso di sinistro".

Ambito e limitazioni

Art. 15 Termini di aspettativa

Fermo quanto previsto dall'Art. 42 - "Pagamento del premio" le garanzie salute (ospedaliere ed extra ospedaliere) sono valide dalle ore 24:

- del **giorno di effetto dell'assicurazione**, per gli infortuni e il check up occorsi successivamente a tale data;
- del **30°** giorno successivo a quello di effetto dell'assicurazione, per le malattie;
- del **120°** giorno successivo a quello di effetto dell'assicurazione, per le malattie dipendenti da gravidanza e per l'aborto terapeutico, purché la gravidanza abbia avuto inizio in un momento successivo a quello di effetto dell'assicurazione;
- del **180°** giorno successivo a quello di effetto dell'assicurazione, per le conseguenze di stati patologici, sottoposti ad accertamenti o curati anteriormente alla stipulazione dell'assicurazione, dichiarati dall'Assicurato e se accettati da AXA con specifica clausola aggiuntiva, nonché per le conseguenze di stati patologici non conosciuti dall'Assicurato ma insorti anteriormente alla stipulazione della polizza;
- del **360°** giorno successivo a quello di effetto dell'assicurazione per varici, emorroidi e per il parto.

Qualora la polizza sia stata emessa in sostituzione o in prosecuzione di altra con la medesima società - senza soluzione di continuità - riguardante gli stessi Assicurati, gli anzidetti termini operano:

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

Analogamente, in caso di variazioni intervenute nel corso del presente contratto, il termine di aspettativa suddetto decorre dalla data della variazione stessa, per le maggiori somme o le diverse persone o prestazioni assicurate.

Art. 16 Esclusioni

L'assicurazione non è operante per:

1) malattie e stati patologici conosciuti e/o diagnosticati anteriormente alla stipulazione del contratto sottaciuti ad AXA con dolo o colpa grave all'atto della stipula del contratto;
2) le prestazioni sanitarie e la cura delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, ivi compresi i comportamenti nevrotici e le loro conseguenze e complicanze;
3) le prestazioni sanitarie e le cure di relative a psicoterapia e/o altre prestazioni terapeutiche relative a depressione, stati d'ansia e tutti i disturbi mentali, ivi compresi quelli comportamentali, riconosciuti dal DSM IV (Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali);
4) le prestazioni sanitarie e le cure per infertilità, sterilità maschile e femminile, fecondazione assistita e simili, impotenza;
5) l'aborto volontario non terapeutico;
6) la cura di intossicazioni conseguenti ad abuso di alcoolici o ad uso non terapeutico di psicofarmaci, di stupefacenti o di allucinogeni;

7) gli infortuni causati dallo stato di ubriachezza dell'Assicurato o dall'effetto di allucinogeni, stupefacenti o psicofarmaci assunti non a scopo terapeutico dall'Assicurato;
8) gli infortuni avvenuti durante la guida di veicoli causati da crisi epilettiche dell'Assicurato;
9) gli infortuni conseguenti ad azioni delittuose compiute o tentate dall'Assicurato, intendendosi invece compresi quelli sofferti in conseguenza di imprudenza o negligenza anche gravi dell'Assicurato stesso;
10) gli infortuni causati dalla pratica di sport aerei in genere o dalla partecipazione a gare motoristiche ed alle relative prove;
11) le prestazioni sanitarie, le cure e gli interventi per l'eliminazione o correzione di difetti fisici evidenti o diagnosticati prima della stipula del contratto, salvo quanto previsto per i neonati;
12) le prestazioni sanitarie, le cure e gli interventi per la eliminazione o correzione di malformazioni, salvo quanto previsto per i neonati e salvo le malformazioni di cui l'Assicurato sia portatore inconscio;
13) la correzione dei vizi di rifrazione (miopia, astigmatismo, ipermetropia e presbiopia);
14) le prestazioni sanitarie, le applicazioni, le cure e gli interventi di carattere estetico (salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari a seguito di interventi demolitivi indennizzabili ai sensi di polizza per neoplasia maligna o a seguito di infortunio comprovato da referto di pronto soccorso purché effettuate durante la validità del contratto);
15) le protesi dentarie nonché le prestazioni e le cure odontoiatriche ed ortodontiche (comprese le parodontopatie) - salvo quanto previsto dalla lettera i) dell'Art. 1 Ricoveri, Interventi e day hospital", dalla lettera i) dell'Art. 3 Ricoveri, Interventi e day hospital in convenzione", dalla lettera i dell'Art. 5 Gravi malattie", dalla lettera i) dell'Art. 6 "Grandi Interventi chirurgici", e dalla lettera b) dell'Art. 9 "Visite e analisi";
16) le prestazioni sanitarie non riconosciute dalla medicina ufficiale, quelle non effettuate da medici o paramedici abilitati all'esercizio dell'attività professionale;
17) le conseguenze dirette od indirette di trasformazione o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e delle accelerazioni di particelle atomiche (fissione o fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);
18) le conseguenze di movimenti tellurici, inondazioni ed eruzioni vulcaniche, (salvo quanto previsto dall'Art. 39 - "Eventi naturali catastrofici");
19) le conseguenze di guerre (dichiarate o non dichiarate), insurrezioni, (salvo quanto previsto dall'articolo 38 - "Rischio di guerra");
20) le conseguenze di qualsiasi atto di terrorismo, di tumulti popolari, atti violenti od aggressioni, cui l'Assicurato abbia preso parte attiva;
21) le prestazioni sanitarie e le cure fitoterapiche, idropiniche, dietetiche e termali (salvo per queste ultime quanto previsto nelle specifiche garanzie). I trattamenti di agopuntura salvo quelli effettuati da medici agopuntori a scopo terapeutico;
22) le spese non direttamente inerenti la cura o l'intervento, quali ad esempio spese per telefonate, televisione, bar, ristorante e simili;
23) gli accertamenti diagnostici, la psicoterapia, le terapie mediche e quelle chirurgiche, legati ai disturbi d'identità sessuale;
24) le prestazioni finalizzate alla prevenzione delle patologie familiari;
25) gli interventi di chirurgia bariatrica e le prestazioni finalizzate alla cura dell'obesità ad eccezione dei casi di obesità di III grado (Indice di Massa Corporea uguale o superiore a 40);

Relativamente alla garanzia Capitale da convalescenza, in aggiunta alle esclusioni sopra indicate nel presente articolo dalla numero 1) alla 25), l'assicurazione inoltre non è operante per:

26) le malattie che siano espressione o conseguenza di malattia la cui manifestazione sia precedente alla data di decorrenza della polizza;
27) le conseguenze o complicanze di una patologia già indennizzata in applicazione di quanto previsto dalla presente garanzia.

*****

Come attivare le prestazioni

Art. 17| Utilizzo di strutture sanitarie e medici convenzionati con AXA

AXA ha stipulato specifiche convenzioni con istituti di cura, centri diagnostici e medici.

La gestione dei servizi (convenzionamenti e/o rimborso spese) relativi ai sinistri delle garanzie malattia può essere affidata da AXA Assicurazioni a provider esterni.

L'Assicurato, dopo aver scelto la struttura sanitaria convenzionata, deve verificare in anticipo con la Centrale Operativa la possibilità di eseguire le prestazioni sanitarie in regime di convenzione e la sussistenza di eventuali limitazioni all'autorizzazione per visite, ricoveri con o senza intervento, accertamenti diagnostici o altre prestazioni chirurgiche o mediche previste dalla propria polizza.

La Centrale Operativa, previa verifica della posizione amministrativa e clinica, provvederà ad autorizzare o negare l'effettuazione della prestazione in regime di convenzione presso istituti di cura, centri diagnostici e medici prescelti.

Le strutture sanitarie convenzionate sono presenti su:

Sito AXA www.axa.it

Portale web all'indirizzo https://salute.axa.it

L'Assicurato potrà inoltre contattare la Centrale Operativa per consulenza o aggiornamenti circa le strutture convenzionate al:

Numero Verde 800.133.333 per chiamate dall'Italia

Numero +39.011.74.17.288 per chiamate dall'Estero

Servizio telefonico disponibile dal lunedì al venerdì dalle 8.00 alle 18.00 e il sabato dalle 8.00 alle 12.00

Eventuali modifiche negli accordi con le strutture sanitarie ed i medici convenzionati così come l'eventuale cessazione di convenzioni, non possono essere invocate dal Contraente come motivo di anticipata risoluzione del contratto di assicurazione.

Il Contraente e gli Assicurati riconoscono espressamente che AXA non ha alcuna responsabilità per le prestazioni e/o loro esecuzioni fornite dalle strutture sanitarie e dai medici convenzionati.

Pertanto il Contraente e gli Assicurati prendono atto che per qualsiasi controversia relativa alle prestazioni professionali dovranno rivolgersi esclusivamente alle strutture ed ai medici che hanno prestato i servizi richiesti.

Nel caso di ricovero od intervento chirurgico in strutture sanitarie e/o medici convenzionati - salvo i casi di comprovata urgenza - al fine di agevolare le procedure per il ricovero occorre contattare telefonicamente la Centrale Operativa con un preavviso di almeno 48 ore.

Art. 18| Cosa fare in caso di sinistro

In caso di sinistro l'Assicurato dovrà rivolgersi all'Agenzia cui è assegnata la polizza o accedere all'area riservata del portale web accessibile all'indirizzo https://salute.axa.it, entro tre giorni da quando ne ha avuto conoscenza, ai sensi dell'Art. 1913 c.c..

In caso di utilizzo di strutture sanitarie e/o medici convenzionati l'Assicurato potrà contattare la Centrale Operativa per richiedere l'attivazione della presa in carico diretta dei costi delle spese sanitarie formalizzando la denuncia del sinistro.

La Centrale Operativa è accessibile attraverso i seguenti strumenti:

Numero Verde 800.133.333 per chiamate dall'Italia

Numero +39.011.74.17.288 per chiamate dall'Estero

Servizio telefonico disponibile dal lunedì al venerdì dalle 8.00 alle 18.00 e il sabato dalle 8.00 alle 12.00

Portale Web all'indirizzo https://salute.axa.it

La denuncia deve essere corredata dalla documentazione medica richiesta, come disposto dall'art. 19 "Criteri di liquidazione e pagamento dell'indennizzo" completa di certificazioni mediche con patologia sospetta o accertata, delle copie o degli originali delle notule, fatture o ricevute quietanzate e di ogni altro documento ritenuto da AXA attinente alla valutazione ed alla liquidazione del sinistro. Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga della facoltà di inviare la documentazione medica e fiscale del sinistro in fotocopia, AXA si riserva il diritto di richiedere ove lo ritenga necessario la documentazione in originale sia delle fatture, che della documentazione medica.

L'Assicurato deve consentire le indagini e gli accertamenti necessari nonché, su richiesta di AXA, sottoporsi agli eventuali accertamenti e controlli medici disposti da suoi incaricati, fornire ogni informazione e produrre copia di ogni documentazione sanitaria richiesta sciogliendo dal segreto professionale e d'ufficio i medici che lo hanno visitato o curato e gli enti presso i quali è stato ricoverato o curato ambulatorialmente, acconsentendo al trattamento dei dati personali, a norma del D.Lgs. n. 196/03 (cosiddetta "Legge sulla Privacy") e successive modifiche.

Le spese relative ai certificati medici e ad ogni altra documentazione medica richiesta sono a carico dell'Assicurato.

Art. 19 Criteri di liquidazione e pagamento dell'indennizzo

Criteri di liquidazione

1) Utilizzo di strutture sanitarie e medici convenzionati con AXA

Qualora l'Assicurato sia ricorso alle strutture sanitarie e medici convenzionati, previa autorizzazione della Centrale Operativa, in caso di **Ricovero, day hospital, day surgery o intervento chirurgico ambulatoriale**, **prestazioni sanitarie senza ricovero** (visite mediche specialistiche, esami ed analisi, accertamenti diagnostici, trattamenti e terapie), AXA pagherà o farà pagare in nome e per conto dell'Assicurato, direttamente le spese sostenute per prestazioni sanitarie previste dal contratto, ferme eventuali scoperti, franchigie e limiti di indennizzo.

AXA, al fine di autorizzare la prestazione si riserva di chiedere preventivamente copia degli esiti di esami strumentali o certificazioni mediche con patologia sospetta o accertata completa della prestazione che deve essere eseguita utile a valutarne l'autorizzazione preventiva.

Il pagamento effettuato ad istituti di cura, centri diagnostici o medici convenzionati, solleverà AXA nei loro confronti e nei confronti dell'Assicurato, senza che questi o i suoi eredi possano vantare pretesa alcuna per la stessa causale, nemmeno a titolo integrativo di quanto AXA abbia già corrisposto.

Qualora si dovesse successivamente accertare, relativamente all'evento per il quale l'Assicurato ha usufruito del servizio in regime di convenzione, la non validità della polizza e/o la sussistenza di condizioni e/o elementi che determinano l'inoperatività o l'inefficacia dell'assicurazione, l'Assicurato sarà tenuto a rimborsare ad AXA le somme corrisposte a istituti di cura, centri diagnostici o medici convenzionati o a saldare le prestazioni preventivamente autorizzate in forma diretta e non saldate ad AXA, ad istituti di cura, centri diagnostici o medici convenzionati.

Tali circostanze saranno debitamente comunicate all'Assicurato, mediante lettera raccomandata, e lo stesso sarà tenuto a restituire dette somme indebitamente liquidate da AXA entro e non oltre 30 giorni dal ricevimento delle stesse. Qualora l'Assicurato non ottemperi nei tempi previsti a quanto sopra, AXA si riserva il diritto di agire giudizialmente nei suoi confronti per ottenere la restituzione di quanto indebitamente liquidato.

2) Utilizzo di strutture sanitarie convenzionate con AXA e di medici non convenzionati con AXA

Qualora l'Assicurato in caso di **Ricovero, day hospital, day surgery o intervento chirurgico ambulatoriale** ritenga di avvalersi delle strutture convenzionate, previa autorizzazione della Centrale Operativa e di medici non convenzionati, fermo quanto previsto dal punto 1), l'Assicurato dovrà provvedere direttamente al pagamento degli onorari dei professionisti non convenzionati e successivamente chiederne il rimborso direttamente ad AXA.

L'Assicurato o i suoi familiari devono pertanto far pervenire alla Centrale Operativa tramite l'Agenzia alla quale è assegnata la polizza o direttamente utilizzando l'area riservata del portale web all'indirizzo

https://salute.axa.it copia delle fatture, notule o ricevute quietanzate relative ai professionisti non convenzionati.

Il rimborso delle spese sanitarie sostenute avverrà con modalità analoghe a quelle previste dal successivo punto 3).

3) Utilizzo di strutture sanitarie e medici non convenzionati con AXA

Qualora l'Assicurato ritenga di avvalersi di strutture e medici non convenzionati, il rimborso delle spese sanitarie sostenute avverrà previa presentazione alla Centrale Operativa della seguente documentazione, tramite l'Agenzia alla quale è assegnata la polizza o direttamente utilizzando l'area riservata del portale web all'indirizzo https://salute.axa.it.

In caso di:

- **Ricovero con o senza intervento chirurgico, day hospital, day surgery** alla richiesta di rimborso vanno allegate la copia di fatture, notule o ricevute quietanzate valide ai fini fiscali e copia conforme all'originale della cartella clinica completa;
- **Prestazioni sanitarie senza ricovero** (visite mediche specialistiche, esami ed analisi, accertamenti diagnostici, trattamenti e terapie) alla richiesta di rimborso vanno allegati copia del certificato del medico curante che ha prescritto le prestazioni con patologia presunta o accertata le notule, fatture o ricevute quietanzate valide ai fini fiscali;
- **Intervento chirurgico ambulatoriale**: alla richiesta di rimborso va allegata la relazione medica dell'intervento chirurgico. In caso di asportazione neo, la relazione medica dovrà essere accompagnata da referto di esame istologico;
- **Spese di trasporto** alla richiesta di rimborso va allegata copia dei giustificativi delle spese sostenute.

4) Corresponsione di diarie o del rimborso spese da infortunio senza ricovero

- **Infortuni senza ricovero** alla richiesta di rimborso vanno allegati copia del referto del pronto soccorso, il certificato del medico curante che ha prescritto le prestazioni con la presunta patologia e/o la relativa diagnosi e delle notule, fatture o ricevute quietanzate;
- **Diaria da ricovero, da day hospital o day surgery**, l'Assicurato o i suoi familiari devono far pervenire copia conforme della cartella clinica completa;
- **Diaria da convalescenza**, l'Assicurato o i suoi familiari devono far pervenire, oltre alla copia conforme della cartella clinica completa, copia dei certificati medici che prescrivono ed indicano la durata della convalescenza. L'eventuale prolungamento della convalescenza deve essere documentato da ulteriori certificati medici.

  Nel caso in cui l'Assicurato non abbia rinnovato i certificati medici, la liquidazione dell'indennizzo considererà come data di guarigione quella indicata dall'ultimo certificato regolarmente inviato, salvo che AXA possa stabilire una data anteriore di guarigione;
- **Diaria da gessatura o traumi**, l'Assicurato o i suoi familiari devono far pervenire copia della documentazione sanitaria (certificato del pronto soccorso o del medico ortopedico-traumatologo) da cui risulta la prescrizione e/o l'applicazione della gessatura nonché quella della sua rimozione. Per i casi di fratture che non comportino gessatura, l'Assicurato o i suoi familiari devono far pervenire copia della documentazione sanitaria (la radiografia e la prescrizione del medico ortopedico-traumatologo o del pronto soccorso). Nei casi di osteosintesi l'Assicurato o i suoi familiari devono far pervenire copia conforme della cartella clinica completa.

5) Riconoscimento del capitale da convalescenza

Alla richiesta d'indennizzo è necessario allegare la copia conforme della cartella clinica completa.

Alcune patologie prevedono ulteriore specifica documentazione medica come di seguito riportato:

a) **Cancro**, diagnosi effettuata da specialista oncologo confermata da indagini anatomopatologiche;
b) **Infarto miocardico acuto**, documentazione specifica rappresentata da accertamenti strumentali (esempio: Eco-doppler, ECG, ecc.) e di laboratorio (esempio: esami ematochimici, enzimi cardiaci, ecc.);

c) **Ictus cerebro-vascolare**, documentazione medica rilasciata da un medico specialista neurologo, operante all'interno di una divisione di neurologia, che conferma il danno neurologico sensitivo e motorio permanente;
d) **Sclerosi multipla o a placche**, **Sclerosi laterale amiotrofica**, **Morbo di Parkinson e Alzheimer**, diagnosi documentata e confermata da specialista neurologo operante all'interno di una divisione di neurologia;
e) **Insufficienza renale**, all'ultimo stadio documentata da esami di laboratorio e certificata da medico specialista operante presso una divisione di medicina interna;
f) **Anemia aplastica**, diagnosi confermata da esame istologico del midollo e da accertamenti ematologici, effettuata da medico specialista ematologo od internista operante presso una divisione di medicina interna;
g) **Cecità totale**, diagnosi effettuata mediante potenziali evocati visivi;
h) **Paralisi**, diagnosi documentata di paralisi permanente o irreversibile di almeno due arti effettuata da un medico specialista in neurologia.

6) Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

Qualora il ricovero, day hospital, day surgery o l'intervento chirurgico ambulatoriale, dell'Assicurato avvenga integralmente o parzialmente a carico del Servizio Sanitario Nazionale presso strutture pubbliche od istituti di cura accreditati dal Servizio Sanitario Nazionale, AXA provvederà a rimborsare le eventuali spese sanitarie sostenute e rimaste a carico dell'Assicurato, purché indennizzabili a termini di polizza, sempre che l'Assicurato non abbia richiesto per le medesime prestazioni l'erogazione dell'Indennità Sostitutiva.

In tal caso l'Assicurato dovrà provvedere direttamente al pagamento di dette spese, e successivamente chiederne il rimborso delle stesse con le modalità previste del precedente punto 3) del presente articolo.

7) Richiesta dell'indennità sostitutiva

Qualora in caso di ricovero, di day hospital, day surgery o intervento chirurgico ambulatoriale l'Assicurato scelga di richiedere l'**indennità sostitutiva**, lo stesso o i suoi familiari devono far pervenire alla Centrale Operativa tramite l'Agenzia alla quale è assegnata la polizza o direttamente utilizzando l'area riservata del portale web all'indirizzo https://salute.axa.it in caso di ricovero, day hospital o day surgery copia conforme dell'originale della cartella clinica completa e in caso di intervento chirurgico ambulatoriale la copia conforme della relazione medica dell'intervento chirurgico.

8) Ricoveri ravvicinati

I ricoveri verificatisi a distanza di non oltre 20 giorni (120 giorni per le sole neoplasie) l'uno dall'altro, dovuti alla stessa malattia o stato patologico od in conseguenza del medesimo infortunio, sono da considerarsi come medesimo sinistro e di conseguenza l'eventuale franchigia o scoperto contrattualmente previsti andranno applicati una sola volta.

Pagamento dell'indennizzo

Verificata l'operatività della garanzia, ricevuta la documentazione relativa al sinistro e compiuti gli accertamenti del caso, determina l'indennizzo che risulti dovuto, ne dà comunicazione all'interessato e, avuta notizia dell'accettazione, provvede al pagamento entro 15 giorni.

AXA restituirà gli eventuali originali ricevuti.

Qualora l'Assicurato abbia presentato a terzi notule, fatture o ricevute per ottenerne il rimborso, il pagamento di quanto dovuto a termini del presente contratto avverrà previa dimostrazione delle spese effettivamente sostenute, al netto di quanto a carico dei predetti terzi.

Il pagamento dell'indennizzo viene effettuato, a cura ultimata, in Italia e in valuta corrente, anche per le spese sostenute all'estero, al cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta dall'Assicurato.

Art. 20 Controversie – Arbitrato irrituale

Le controversie di natura medica sull'indennizzabilità del sinistro, a norma e nei limiti delle condizioni di polizza, possono essere demandate per iscritto, di comune accordo fra le Parti, ad un Collegio di tre medici, nominati uno per Parte ed il terzo di comune accordo o, in caso contrario, dal Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo ove deve riunirsi il Collegio dei Medici.

Il Collegio Medico risiede nella località scelta consensualmente dalle Parti; in caso di disaccordo il Collegio Medico risiede nel comune, sede dell'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 la metà delle spese e 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, 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 si rifiuti di firmare il relativo verbale, nel qual caso il rifiuto deve essere attestato dagli altri medici nel verbale stesso.

*****

Premessa

La gestione dei successivi servizi di **Assistenza**, è stata affidata da AXA ad INTER PARTNER ASSISTANCE S.A. - Rappresentanza Generale per l'Italia - Via Carlo Pesenti, 121 - 00156 Roma, di seguito denominata AXA Assistance. Pertanto tutte le prestazioni indicate garantite da AXA saranno gestite per il tramite di AXA Assistance.

AXA, lasciando invariati la portata e i limiti di tali prestazioni, ha la facoltà di affidare tali servizi ad altra società autorizzata; in tale caso verrà comunicata al Contraente la nuova società senza che ciò possa costituire motivo di risoluzione del contratto.

Garanzie Assistenza

(**operanti solo se previste in polizza**)

Art. 21| Prima Assistenza

Il servizio di "Prima assistenza" garantisce all'Assicurato, in caso di infortunio o malattia, le seguenti prestazioni:

a) Emergenza

Consulenza telefonica medica e pediatrica

L'Assicurato, in caso di urgenza conseguente a infortunio o malattia improvvisa, può contattare la Centrale Operativa, attiva 24 ore su 24 ore, tutti i giorni dell'anno, per organizzare un consulto medico telefonico. Il servizio medico della Centrale Operativa, in base alle informazioni ricevute al momento della richiesta da parte dell'Assicurato o da persona terza, qualora lo stesso non ne sia in grado, potrà fornire:

- consigli medici o pediatrici di carattere generale;
- informazioni riguardanti:
  - reperimento dei mezzi di soccorso;
  - reperimento di medici generici e specialisti;
  - lettura referti ed analisi;
  - localizzazione di centri di cura generica e specialistica sia pubblici che privati;
  - modalità di accesso a strutture sanitarie pubbliche e private;
  - esistenza e reperibilità di farmaci.

La Centrale Operativa non fornirà diagnosi o prescrizioni, ma farà il possibile per mettere rapidamente l'Assicurato in condizione di ottenere quanto necessario.

Dove è valida la prestazione

La prestazione "Consulenza telefonica medica e pediatrica" è valida dall'Italia e dall'estero.

Invio del medico o del pediatra, invio dell'ambulanza

Qualora, successivamente al consulto medico telefonico, il servizio medico della Centrale Operativa giudichi necessaria e non rinviabile una visita medica dell'Assicurato, la Centrale Operativa invierà un medico generico o un pediatra convenzionato sul posto.

La prestazione viene fornita con costi a carico di AXA.

Qualora non sia immediatamente disponibile l'invio del medico o del pediatra, AXA Assistance organizzerà il trasferimento in ambulanza dell'Assicurato presso il centro di primo soccorso più vicino al suo domicilio e senza costi a suo carico.

Resta inteso che in caso di emergenza la Centrale Operativa non potrà in alcun caso sostituirsi agli Organismi Ufficiali di Soccorso (Servizio 118), né assumersi le eventuali spese.

Dove è valida la prestazione

La prestazione "Invio del medico o del pediatra, invio dell'ambulanza" è valida esclusivamente in Italia.

Trasporto sanitario

Qualora, a seguito di malattia o infortunio, l'Assicurato risulti affetto da una patologia che, previa analisi del quadro clinico da parte del servizio medico di AXA Assistance e d'intesa con il medico curante, richieda un mezzo sanitariamente attrezzato (aereo sanitario speciale, ambulanza, ecc.) per il:

- trasferimento all'istituto di cura, al momento del ricovero;
- trasferimento dall'istituto di cura ad un altro;
- rientro al domicilio, al momento della dimissione;

Il trasporto sanitario sarà effettuato con i mezzi ritenuti più idonei ad insindacabile giudizio della Centrale Operativa:

- aereo sanitario;
- aereo di linea, classe economica, eventualmente barellato;
- treno prima classe e, ove necessario, vagone letto;
- autoambulanza, senza limiti di chilometraggio;
- altro mezzo di trasporto.

AXA Assistance, su richiesta dell'Assicurato o di un suo familiare, provvederà a proprio carico, entro un limite di spesa pari a **€ 5.000,00** per l'insieme delle prestazioni di cui sopra relative a ciascun ricovero, ad organizzare ed effettuare il trasporto sanitario tramite il mezzo giudicato più idoneo secondo la gravità del caso. Se necessario, inoltre, provvederà ad assistere l'Assicurato durante il trasporto con personale medico o paramedico.

Eventuali spese eccedenti il suddetto limite di **€ 5.000,00** potranno essere rimborsate da AXA secondo quanto previsto nelle ulteriori garanzie acquistate in polizza che comprendono il trasporto sanitario, ad AXA Assistance che si è fatta carico di anticipare le spese per conto dell'assicurato. Qualora si dovesse successivamente accertare la non validità della polizza e/o la sussistenza di condizioni e/o elementi che determinano l'inoperatività o l'inefficacia dell'assicurazione, l'Assicurato sarà tenuto a rimborsare ad AXA le somme che questa, per il tramite di AXA Assistance o sua corrispondente, abbia corrisposto.

Tali circostanze saranno debitamente comunicate all'Assicurato, mediante lettera raccomandata, e lo stesso sarà tenuto a restituire dette somme indebitamente liquidate da AXA, per il tramite di AXA Assistance, entro e non oltre 30 giorni dal ricevimento delle stesse. Qualora l'Assicurato non ottemperi nei tempi previsti a quanto sopra, AXA si riserva il diritto di agire giudizialmente nei suoi confronti per ottenere la restituzione di quanto indebitamente liquidato.

Dove è valida la prestazione

La prestazione "Trasporto sanitario" è valida in Italia e all'estero.

Accompagnatore in caso di trasporto sanitario

In caso di trasporto sanitario di cui alla precedente prestazione "Trasporto sanitario", AXA Assistance, se richiesto, organizza il viaggio ed il soggiorno (vitto e alloggio) di un familiare, o di una persona prescelta dall'Assicurato, quale accompagnatore a fianco del paziente.

Le spese del viaggio e del soggiorno sono a carico dell'accompagnatore. AXA Assistance non garantisce di poter organizzare il rientro dell'accompagnatore con il mezzo utilizzato per il rimpatrio/trasporto dell'Assicurato.

Dove è valida la prestazione

La prestazione "Accompagnatore in caso di trasporto sanitario" è valida in Italia e all'estero.

Trasporto salma

In caso di decesso dell'Assicurato, AXA Assistance organizzerà ed effettuerà il trasporto della salma fino al luogo di inumazione nel paese di origine.

Il trasporto sarà eseguito secondo le norme in materia e dopo aver adempiuto tutte le formalità sul luogo del decesso.

AXA terrà a proprio carico le spese di trasporto e del feretro.

Se le disposizioni di legge impediscono il trasporto della salma o l'Assicurato ha espresso il desiderio di essere inumato nel luogo in cui è deceduto, AXA Assistance metterà a disposizione di un familiare un biglietto di andata/ritorno in aereo (classe economica) o in treno (prima classe) per presenziare alle esequie.

Sono escluse dalla prestazione le spese relative a:

- la cerimonia funebre e l'inumazione, che sono a carico della famiglia;
- l'eventuale recupero della salma;
- il soggiorno del familiare.

Dove è valida la prestazione

La prestazione "Trasporto salma" è valida in Italia e all'estero.

Rientro anticipato da un viaggio per malattia o infortunio di un familiare

Nel caso in cui l'Assicurato fosse in viaggio e si rendesse indispensabile la presenza presso il domicilio, in seguito ad una malattia od un infortunio occorso ad un suo familiare, e sempre che sia previsto un ricovero superiore a 48 ore, AXA Assistance metterà a sua disposizione un biglietto di viaggio (biglietto ferroviario di prima classe o biglietto aereo di classe economica) dal luogo di soggiorno fino al domicilio.

L'esposizione di AXA Assistance deve intendersi complementare a quanto l'Assicurato avrebbe dovuto comunque sostenere per il suo ritorno, quali i costi relativi a biglietti aerei, ferroviari o marittimi, pedaggi, costo di carburante, ecc., che devono pertanto considerarsi a suo carico.

In conseguenza di ciò l'Assicurato sarà tenuto ad intraprendere le pratiche per il rimborso dei biglietti di viaggio non utilizzati, entro i tempi e con le modalità previste dal contratto di viaggio, ed a versarne le relative somme ad AXA Assistance.

Dove è valida la prestazione

La prestazione "Rientro anticipato da un viaggio per malattia o infortunio di un familiare" è valida in Italia e all'estero.

Organizzazione assistenza domiciliare

Qualora l'Assicurato, a seguito di infortunio o malattia improvvisa, necessiti di una prestazione di assistenza domiciliare, la Centrale Operativa fornirà informazioni riguardo la ricerca di figure professionali o strutture come:

- baby sitter;
- dog sitter;
- badante;
- collaboratrice domestica;
- infermiere;
- fisioterapista;
- autista.

Resta inteso che l'organizzazione degli appuntamenti (e delle eventuali disdette) rimane in capo all'Assicurato e che tutte le spese relative alla prestazione richiesta sono a totale carico dell'Assicurato.

La prestazione è operante da lunedì al venerdì dalle ore 09:00 alle ore 18:00, esclusi i festivi infrasettimanali.

Dove è valida la prestazione

La prestazione "Organizzazione assistenza domiciliare" è valida esclusivamente in Italia.

b) Orientamento

Informazioni sulla sanità

L'Assicurato, o in sua vece un familiare o il medico curante, può contattare telefonicamente la Centrale Operativa richiedendo informazioni, aventi carattere indicativo e di primo indirizzo, relative a:

– la sanità pubblica in Italia (quali ad esempio: esenzioni, maternità e gravidanza, ticket, farmaci, medico di famiglia, rimborsi, liste di attesa).

– informazioni sanitarie specifiche del Paese estero di destinazione richiesto (documentazione sanitaria, profilassi e vaccinazioni, farmaci utili in viaggio, clima, servizi sanitari in loco, etc.).

Il servizio verrà erogato entro il giorno lavorativo successivo alla richiesta.

Dove è valida la prestazione

La prestazione "Informazioni sulla sanità" è valida dall'Italia e dall'estero.

Informazioni su ricerche medico/scientifiche e protocolli di cura

L'Assicurato, o in sua vece un familiare o il medico curante, può contattare telefonicamente la Centrale Operativa richiedendo, per una patologia allo stesso diagnosticata, ricerche medi-co/scientifiche, protocolli di cura, informazioni su decorso o riabilitazione. AXA Assistance provvederà ad inviare i risultati della ricerca all'Assicurato secondo la modalità convenuta (e-mail, fax, lettera), effettuando l'eventuale traduzione in italiano delle ricerche in lingua straniera.

Il servizio con finalità esclusivamente informative, verrà erogato entro il terzo giorno lavorativo dalla richiesta, ovvero entro il sesto giorno lavorativo qualora sia necessaria la traduzione, limitatamente ad una ricerca per Assicurato e per anno assicurativo.

Dove è valida la prestazione

La prestazione "Informazioni su ricerche medico/scientifiche e protocolli di cura" è valida in Italia e all'estero.

Informazioni donne partorienti/nascita bambino

L'Assicurato può contattare telefonicamente la Centrale Operativa, per richiedere informazioni sui seguenti argomenti:

- Informazioni mediche e paramediche durante l'intero periodo di gestazione;
- Supporto psicologico telefonico;
- Informazioni telefoniche su maternità, nidi, pratiche amministrative.

Dove è valida la prestazione

La prestazione "Informazioni donne partorienti/nascita bambino" è valida esclusivamente in Italia.

Informazioni Banca Cellule Staminali del cordone ombelicale

L'Assicurato, durante il periodo di gravidanza, potrà contattare la Centrale Operativa per richiedere informazioni in merito alla donazione eterologa o alla crioconservazione privata delle cellule staminali del cordone ombelicale

La prestazione deve essere richiesta, entro 60 giorni dalla data del presunto parto, tramite Centrale Operativa, che si occuperà di fornire informazioni sulle Strutture che offrono tale servizio.

Il costo del servizio rimane a totale carico dell'Assicurato.

Dove è valida la prestazione

La prestazione "Informazioni Banca Cellule Staminali del cordone ombelicale" è valida esclusivamente per le strutture italiane.

c) Prestazioni valide solo all'Estero

Malattia improvvisa o grave infortunio

Nel caso in cui l'Assicurato sia all'estero e, a seguito di improvvisa malattia o di infortunio, necessiti di ricovero urgente, l'Assicurato stesso o, se impossibilitato, un suo familiare, potrà contattare telefonicamente la Centrale Operativa. Questa si attiverà per organizzarne il trasferimento con i mezzi ritenuti più adeguati alla circostanza, al fine di poter provvedere al ricovero in struttura sanitaria in Italia, idonea a garantirgli le appropriate cure sanitarie.

Qualora non venisse giudicato opportuno il trasferimento in Italia, AXA Assistance provvederà a contattare, tramite una propria corrispondente, la struttura sanitaria più idonea, ovvero quella in cui l'Assicurato si trova. Verificata la posizione amministrativa e clinica dell'Assicurato, provvederà ad autorizzare o negare il

pagamento delle prestazioni sanitarie previste dal contratto, incluso il trasferimento sanitario (fermi eventuali scoperti, franchigie o limiti di indennizzo).

Qualora si dovesse successivamente accertare la non validità della polizza e/o la sussistenza di condizioni e/o elementi che determinano l'inoperatività o l'inefficacia dell'assicurazione, l'Assicurato sarà tenuto a rimborsare ad AXA le somme che questa, per il tramite di AXA Assistance o sua corrispondente, abbia corrisposto.

Tali circostanze saranno debitamente comunicate all'Assicurato, mediante lettera raccomandata, e lo stesso sarà tenuto a restituire dette somme indebitamente liquidate da AXA, per il tramite di AXA Assistance, entro e non oltre 30 giorni dal ricevimento delle stesse. Qualora l'Assicurato non ottemperi nei tempi previsti a quanto sopra, AXA si riserva il diritto di agire giudizialmente nei suoi confronti per ottenere la restituzione di quanto indebitamente liquidato.

Interprete

Nel caso in cui l'Assicurato, in seguito ad una improvvisa malattia od un infortunio, sia ricoverato presso una struttura sanitaria all'estero e si rendesse necessaria la presenza di un interprete per agevolare la comunicazione con i medici curanti, AXA Assistance provvederà a reperirlo, trattenendo a proprio carico i relativi costi entro un limite di 8 ore lavorative per Assicurato e anno assicurativo.

Collegamento telefonico con la struttura sanitaria

Qualora l'Assicurato sia ricoverato all'estero a seguito di infortunio o malattia improvvisa, la Centrale Operativa potrà tenere informati i familiari nel Paese d'origine sulle condizioni di salute dell'Assicurato nelle prime 72 ore successive al ricovero, mediante collegamento telefonico tra il proprio servizio medico e il medico curante sul luogo del ricovero.

Le notizie cliniche saranno comunicate telefonicamente previa richiesta da parte dell'Assicurato o di persona terza, qualora lo stesso non ne sia in grado, e previa indicazione del destinatario del messaggio e relativo recapito telefonico dello stesso.

Le notizie cliniche sul paziente dovranno essere autorizzate dal paziente stesso alla ad AXA Assistance, tramite apposito modulo denominato R.O.I (Release of Information).

Trasmissione comunicazioni urgenti

Qualora l'Assicurato abbia necessità di effettuare comunicazioni urgenti (ad es. in caso di ricovero), dal luogo in cui si trova, ai propri familiari in Italia o all'estero e si trovi nell'impossibilità di contattarli direttamente, la Centrale Operativa provvederà a trasmettere il messaggio via fax o in altro modo entro il limite di 7 comunicazioni per sinistro.

Viaggio di un familiare in caso di ricovero

Nel caso in cui l'Assicurato, in seguito ad una improvvisa malattia od un infortunio, sia ricoverato presso una struttura sanitaria all'estero per un periodo minimo di 3 giorni e si rendesse indispensabile la presenza di un familiare, AXA Assistance metterà a disposizione dello stesso del medesimo un biglietto di viaggio (biglietto ferroviario di prima classe o biglietto aereo di classe turistica) dal luogo di domicilio a quello del ricovero.

Prolungamento soggiorno dei familiari per ricovero dell'Assicurato

Qualora l'Assicurato venga ricoverato all'estero per un periodo superiore a 7 giorni e i familiari al suo seguito vogliano rimanergli accanto, AXA Assistance provvederà alle spese per il loro pernottamento in albergo entro il limite di € 80,00 per notte e per persona e € 1.000,00 per sinistro, purché il prolungamento riguardi un periodo successivo alla data di rientro inizialmente prevista. A tal fine AXA Assistance avrà la facoltà di richiedere documentazione attestante la durata del soggiorno inizialmente stabilita, anche se suddivisa in più tappe.

La prestazione si intende limitata alle sole spese di pernottamento e prima colazione, escludendo ogni spesa diversa da queste.

Rientro dell'Assicurato convalescente al proprio domicilio

Qualora l'Assicurato in seguito alle dimissioni di ricovero non fosse obiettivamente in grado di rientrare alla propria residenza con il mezzo inizialmente previsto, AXA Assistance organizza e prende a proprio carico le spese di rientro. La prestazione è estesa anche ad un familiare o ad un compagno di viaggio.

Rientro/Assistenza dei figli minori privi di tutela

Qualora l'Assicurato, in viaggio con figli minorenni, sia impossibilitato a prendersi cura degli stessi a seguito di ricovero o decesso e non vi sia nessun altro in grado di farlo, la Centrale Operativa fornirà ad un familiare, residente nel Paese di origine, un biglietto di andata e ritorno (ferroviario di prima classe o aereo classe economica o altro mezzo a proprio insindacabile giudizio) per permettere allo stesso di raggiungere i minori e riportarli al Paese di origine.

Sono escluse le spese di soggiorno del familiare e tutte le spese diverse dai biglietti di viaggio.

La prestazione non è fornita qualora l'Assicurato abbia già richiesto il "Viaggio di un familiare in caso di ricovero".

Reperimento di medicinali urgenti

Nel caso in cui l'Assicurato necessiti di un farmaco irreperibile nel Paese nel quale si trova, AXA Assistance, scegliendo la soluzione di maggior rapidità, provvederà a:

- reperire, tramite la propria organizzazione sanitaria internazionale il farmaco corrispondente sul posto od in un Paese limitrofo,

ovvero

- inviare direttamente dall'Italia il farmaco richiesto.

AXA Assistance prenderà a carico il servizio mentre restano a carico dell'Assicurato il costo dei medicinali e gli eventuali diritti doganali, per i quali l'Assicurato si impegna a saldare il relativo importo ad AXA Assistance alla presentazione della relativa fattura.

Art. 22| Assistenza 360

Il servizio di "Assistenza 360" garantisce all'Assicurato, in caso di infortunio o malattia, le seguenti prestazioni:

a) Emergenza

Consulenza telefonica medica e pediatrica

L'Assicurato, in caso di urgenza conseguente a infortunio o malattia improvvisa, può contattare la Centrale Operativa, attiva 24 ore su 24 ore, tutti i giorni dell'anno, per organizzare un consulto medico telefonico. Il servizio medico della Centrale Operativa, in base alle informazioni ricevute al momento della richiesta da parte dell'Assicurato o da persona terza, qualora lo stesso non ne sia in grado, potrà fornire:

- consigli medici o pediatrici di carattere generale;
- informazioni riguardanti:
  - reperimento dei mezzi di soccorso;
  - reperimento di medici generici e specialisti;
  - lettura referti ed analisi;
  - localizzazione di centri di cura generica e specialistica sia pubblici che privati;
  - modalità di accesso a strutture sanitarie pubbliche e private;
  - esistenza e reperibilità di farmaci.

La Centrale Operativa non fornirà diagnosi o prescrizioni, ma farà il possibile per mettere rapidamente l'Assicurato in condizione di ottenere quanto necessario.

Dove è valida la prestazione

La prestazione "Consulenza telefonica medica e pediatrica" è valida dall'Italia e dall'estero.

Invio del medico o del pediatra, invio dell'ambulanza

Qualora, successivamente al consulto medico telefonico, il servizio medico della Centrale Operativa giudichi necessaria e non rinviabile una visita medica dell'Assicurato, la Centrale Operativa invierà un medico generico o un pediatra convenzionato sul posto.

La prestazione viene fornita con costi a carico di AXA.

Qualora non sia immediatamente disponibile l'invio del medico o del pediatra, AXA Assistance organizzerà il trasferimento in ambulanza dell'Assicurato presso il centro di primo soccorso più vicino al suo domicilio e senza costi a suo carico.

Resta inteso che in caso di emergenza la Centrale Operativa non potrà in alcun caso sostituirsi agli Organismi Ufficiali di Soccorso (Servizio 118), né assumersi le eventuali spese.

Dove è valida la prestazione

La prestazione "Invio del medico o del pediatra, invio dell'ambulanza" è valida esclusivamente in Italia.

Trasporto sanitario

Qualora, a seguito di malattia o infortunio, l'Assicurato risulti affetto da una patologia che, previa analisi del quadro clinico da parte del servizio medico di AXA Assistance e d'intesa con il medico curante, richieda un mezzo sanitariamente attrezzato (aereo sanitario speciale, ambulanza, ecc.) per il:

- trasferimento all'istituto di cura, al momento del ricovero;
- trasferimento dall'istituto di cura ad un altro;
- rientro al domicilio, al momento della dimissione;

Il trasporto sanitario sarà effettuato con i mezzi ritenuti più idonei ad insindacabile giudizio della Centrale Operativa:

- aereo sanitario;
- aereo di linea, classe economica, eventualmente barellato;
- treno prima classe e, ove necessario, vagone letto;
- autoambulanza, senza limiti di chilometraggio;
- altro mezzo di trasporto.

AXA Assistance, su richiesta dell'Assicurato o di un suo familiare, provvederà a proprio carico, entro un limite di spesa pari a **€ 5.000,00** per l'insieme delle prestazioni di cui sopra relative a ciascun ricovero, ad organizzare ed effettuare il trasporto sanitario tramite il mezzo giudicato più idoneo secondo la gravità del caso. Se necessario, inoltre, provvederà ad assistere l'Assicurato durante il trasporto con personale medico o paramedico.

Eventuali spese eccedenti il suddetto limite di **€ 5.000,00** potranno essere rimborsate da AXA secondo quanto previsto nelle ulteriori garanzie acquistate in polizza che comprendono il trasporto sanitario, ad AXA Assistance che si è fatta carico di anticipare le spese per conto dell'assicurato. Qualora si dovesse successivamente accertare la non validità della polizza e/o la sussistenza di condizioni e/o elementi che determinano l'inoperatività o l'inefficacia dell'assicurazione, l'Assicurato sarà tenuto a rimborsare ad AXA le somme che questa, per il tramite di AXA Assistance o sua corrispondente, abbia corrisposto.

Tali circostanze saranno debitamente comunicate all'Assicurato, mediante lettera raccomandata, e lo stesso sarà tenuto a restituire dette somme indebitamente liquidate da AXA, per il tramite di AXA Assistance, entro e non oltre 30 giorni dal ricevimento delle stesse. Qualora l'Assicurato non ottemperi nei tempi previsti a quanto sopra, AXA si riserva il diritto di agire giudizialmente nei suoi confronti per ottenere la restituzione di quanto indebitamente liquidato.

Dove è valida la prestazione

La prestazione "Trasporto sanitario" è valida in Italia e all'estero.

Accompagnatore in caso di trasporto sanitario

In caso di trasporto sanitario di cui alla precedente prestazione "Trasporto sanitario", AXA Assistance, se richiesto, organizza il viaggio ed il soggiorno (vitto e alloggio) di un familiare, o di una persona prescelta dall'Assicurato, quale accompagnatore a fianco del paziente.

Le spese del viaggio e del soggiorno sono a carico dell'accompagnatore. AXA Assistance non garantisce di poter organizzare il rientro dell'accompagnatore con il mezzo utilizzato per il rimpatrio/trasporto dell'Assicurato.

Dove è valida la prestazione
La prestazione "Accompagnatore in caso di trasporto sanitario" è valida in Italia e all'estero.

Trasporto salma

In caso di decesso dell'Assicurato, AXA Assistance organizzerà ed effettuerà il trasporto della salma fino al luogo di inumazione nel paese di origine.

Il trasporto sarà eseguito secondo le norme in materia e dopo aver adempiuto tutte le formalità sul luogo del decesso.

AXA terrà a proprio carico le spese di trasporto e del feretro.

Se le disposizioni di legge impediscono il trasporto della salma o l'Assicurato ha espresso il desiderio di essere inumato nel luogo in cui è deceduto, AXA Assistance metterà a disposizione di un familiare un biglietto di andata/ritorno in aereo (classe economica) o in treno (prima classe) per presenziare alle esequie.

Sono escluse dalla prestazione le spese relative a:
- la cerimonia funebre e l'inumazione, che sono a carico della famiglia;
- l'eventuale recupero della salma;
- il soggiorno del familiare.

Dove è valida la prestazione
La prestazione "Trasporto salma" è valida in Italia e all'estero.

Rientro anticipato da un viaggio per malattia o infortunio di un familiare

Nel caso in cui l'Assicurato fosse in viaggio e si rendesse indispensabile la presenza presso il domicilio, in seguito ad una malattia od un infortunio occorso ad un suo familiare, e sempre che sia previsto un ricovero superiore a 48 ore, AXA Assistance metterà a sua disposizione un biglietto di viaggio (biglietto ferroviario di prima classe o biglietto aereo di classe economica) dal luogo di soggiorno fino al domicilio.

L'esposizione di AXA Assistance deve intendersi complementare a quanto l'Assicurato avrebbe dovuto comunque sostenere per il suo ritorno, quali i costi relativi a biglietti aerei, ferroviari o marittimi, pedaggi, costo di carburante, ecc., che devono pertanto considerarsi a suo carico.

In conseguenza di ciò l'Assicurato sarà tenuto ad intraprendere le pratiche per il rimborso dei biglietti di viaggio non utilizzati, entro i tempi e con le modalità previste dal contratto di viaggio, ed a versarne le relative somme ad AXA Assistance.

Dove è valida la prestazione
La prestazione "Rientro anticipato da un viaggio per malattia o infortunio di un familiare" è valida in Italia e all'estero.

Organizzazione assistenza domiciliare

Qualora l'Assicurato, a seguito di infortunio o malattia improvvisa, necessiti di una prestazione di assistenza domiciliare, la Centrale Operativa fornirà informazioni riguardo la ricerca di figure professionali o strutture come:
- baby sitter;
- dog sitter;
- badante;
- collaboratrice domestica;
- infermiere;
- fisioterapista;
- autista.

Resta inteso che l'organizzazione degli appuntamenti (e delle eventuali disdette) rimane in capo

all'Assicurato e che tutte le spese relative alla prestazione richiesta sono a totale carico dell'Assicurato.

La prestazione è operante da lunedì al venerdì dalle ore 09:00 alle ore 18:00, esclusi i festivi infrasettimanali.

Dove è valida la prestazione

La prestazione "Organizzazione assistenza domiciliare" è valida esclusivamente in Italia.

b) Orientamento

Informazioni sulla sanità

L'Assicurato, o in sua vece un familiare o il medico curante, può contattare telefonicamente la Centrale Operativa richiedendo informazioni, aventi carattere indicativo e di primo indirizzo, relative a:

- la sanità pubblica in Italia (quali ad esempio: esenzioni, maternità e gravidanza, ticket, farmaci, medico di famiglia, rimborsi, liste di attesa).
- informazioni sanitarie specifiche del Paese estero di destinazione richiesto (documentazione sanitaria, profilassi e vaccinazioni, farmaci utili in viaggio, clima, servizi sanitari in loco, etc.).

Il servizio verrà erogato entro il giorno lavorativo successivo alla richiesta.

Dove è valida la prestazione

La prestazione "Informazioni sulla sanità" è valida dall'Italia e dall'estero.

Informazioni su ricerche medico/scientifiche e protocolli di cura

L'Assicurato, o in sua vece un familiare o il medico curante, può contattare telefonicamente la Centrale Operativa richiedendo, per una patologia allo stesso diagnosticata, ricerche medi-co/scientifiche, protocolli di cura, informazioni su decorso o riabilitazione. AXA Assistance provvederà ad inviare i risultati della ricerca all'Assicurato secondo la modalità convenuta (e-mail, fax, lettera), effettuando l'eventuale traduzione in italiano delle ricerche in lingua straniera.

Il servizio con finalità esclusivamente informative, verrà erogato entro il terzo giorno lavorativo dalla richiesta, ovvero entro il sesto giorno lavorativo qualora sia necessaria la traduzione, limitatamente ad una ricerca per Assicurato e per anno assicurativo.

Dove è valida la prestazione

La prestazione "Informazioni su ricerche medico/scientifiche e protocolli di cura" è valida in Italia e all'estero.

Informazioni donne partorienti/nascita bambino

L'Assicurato può contattare telefonicamente la Centrale Operativa, per richiedere informazioni sui seguenti argomenti:

- Informazioni mediche e paramediche durante l'intero periodo di gestazione;
- Supporto psicologico telefonico;
- Informazioni telefoniche su maternità, nidi, pratiche amministrative.

Dove è valida la prestazione

La prestazione "Informazioni donne partorienti/nascita bambino" è valida esclusivamente in Italia.

Informazioni Banca Cellule Staminali del cordone ombelicale

L'Assicurato, durante il periodo di gravidanza, potrà contattare la Centrale Operativa per richiedere informazioni in merito alla donazione eterologa o alla crioconservazione privata delle cellule staminali del cordone ombelicale

La prestazione deve essere richiesta, entro 60 giorni dalla data del presunto parto, tramite Centrale Operativa, che si occuperà di fornire informazioni sulle Strutture che offrono tale servizio.

Il costo del servizio rimane a totale carico dell'Assicurato.

Dove è valida la prestazione

La prestazione "Informazioni Banca Cellule Staminali del cordone ombelicale" è valida esclusivamente per le strutture italiane.

c) Prestazioni valide solo all'Estero

Malattia improvvisa o grave infortunio

Nel caso in cui l'Assicurato sia all'estero e, a seguito di improvvisa malattia o di infortunio, necessiti di ricovero urgente, l'Assicurato stesso o, se impossibilitato, un suo familiare, potrà contattare telefonicamente la Centrale Operativa. Questa si attiverà per organizzarne il trasferimento con i mezzi ritenuti più adeguati alla circostanza, al fine di poter provvedere al ricovero in struttura sanitaria in Italia, idonea a garantirgli le appropriate cure sanitarie.

Qualora non venisse giudicato opportuno il trasferimento in Italia, AXA Assistance provvederà a contattare, tramite una propria corrispondente, la struttura sanitaria più idonea, ovvero quella in cui l'Assicurato si trova. Verificata la posizione amministrativa e clinica dell'Assicurato, provvederà ad autorizzare o negare il pagamento delle prestazioni sanitarie previste dal contratto, incluso il trasferimento sanitario (fermi eventuali scoperti, franchigie o limiti di indennizzo).

Qualora si dovesse successivamente accertare la non validità della polizza e/o la sussistenza di condizioni e/o elementi che determinano l'inoperatività o l'inefficacia dell'assicurazione, l'Assicurato sarà tenuto a rimborsare ad AXA le somme che questa, per il tramite di AXA Assistance o sua corrispondente, abbia corrisposto.

Tali circostanze saranno debitamente comunicate all'Assicurato, mediante lettera raccomandata, e lo stesso sarà tenuto a restituire dette somme indebitamente liquidate da AXA, per il tramite di AXA Assistance, entro e non oltre 30 giorni dal ricevimento delle stesse. Qualora l'Assicurato non ottemperi nei tempi previsti a quanto sopra, AXA si riserva il diritto di agire giudizialmente nei suoi confronti per ottenere la restituzione di quanto indebitamente liquidato.

Interprete

Nel caso in cui l'Assicurato, in seguito ad una improvvisa malattia od un infortunio, sia ricoverato presso una struttura sanitaria all'estero e si rendesse necessaria la presenza di un interprete per agevolare la comunicazione con i medici curanti, AXA Assistance provvederà a reperirlo, trattenendo a proprio carico i relativi costi entro un limite di 8 ore lavorative per Assicurato e anno assicurativo.

Collegamento telefonico con la struttura sanitaria

Qualora l'Assicurato sia ricoverato all'estero a seguito di infortunio o malattia improvvisa, la Centrale Operativa potrà tenere informati i familiari nel Paese d'origine sulle condizioni di salute dell'Assicurato nelle prime 72 ore successive al ricovero, mediante collegamento telefonico tra il proprio servizio medico e il medico curante sul luogo del ricovero.

Le notizie cliniche saranno comunicate telefonicamente previa richiesta da parte dell'Assicurato o di persona terza, qualora lo stesso non ne sia in grado, e previa indicazione del destinatario del messaggio e relativo recapito telefonico dello stesso.

Le notizie cliniche sul paziente dovranno essere autorizzate dal paziente stesso alla ad AXA Assistance, tramite apposito modulo denominato R.O.I (Release of Information).

Trasmissione comunicazioni urgenti

Qualora l'Assicurato abbia necessità di effettuare comunicazioni urgenti (ad es. in caso di ricovero), dal luogo in cui si trova, ai propri familiari in Italia o all'estero e si trovi nell'impossibilità di contattarli direttamente, la Centrale Operativa provvederà a trasmettere il messaggio via fax o in altro modo entro il limite di 7 comunicazioni per sinistro.

Viaggio di un familiare in caso di ricovero

Nel caso in cui l'Assicurato, in seguito ad una improvvisa malattia od un infortunio, sia ricoverato presso una struttura sanitaria all'estero per un periodo minimo di 3 giorni e si rendesse indispensabile la presenza di un familiare, AXA Assistance metterà a disposizione dello stesso del medesimo un biglietto di viaggio

(biglietto ferroviario di prima classe o biglietto aereo di classe turistica) dal luogo di domicilio a quello del ricovero.

Prolungamento soggiorno dei familiari per ricovero dell'Assicurato

Qualora l'Assicurato venga ricoverato all'estero per un periodo superiore a 7 giorni e i familiari al suo seguito vogliano rimanergli accanto, AXA Assistance provvederà alle spese per il loro pernottamento in albergo entro il limite di € 80,00 per notte e per persona e € 1.000,00 per sinistro, purché il prolungamento riguardi un periodo successivo alla data di rientro inizialmente prevista. A tal fine AXA Assistance avrà la facoltà di richiedere documentazione attestante la durata del soggiorno inizialmente stabilita, anche se suddivisa in più tappe.

La prestazione si intende limitata alle sole spese di pernottamento e prima colazione, escludendo ogni spesa diversa da queste.

Rientro dell'Assicurato convalescente al proprio domicilio

Qualora l'Assicurato in seguito alle dimissioni di ricovero non fosse obiettivamente in grado di rientrare alla propria residenza con il mezzo inizialmente previsto, AXA Assistance organizza e prende a proprio carico le spese di rientro. La prestazione è estesa anche ad un familiare o ad un compagno di viaggio.

Rientro/Assistenza dei figli minori privi di tutela

Qualora l'Assicurato, in viaggio con figli minorenni, sia impossibilitato a prendersi cura degli stessi a seguito di ricovero o decesso e non vi sia nessun altro in grado di farlo, la Centrale Operativa fornirà ad un familiare, residente nel Paese di origine, un biglietto di andata e ritorno (ferroviario di prima classe o aereo classe economica o altro mezzo a proprio insindacabile giudizio) per permettere allo stesso di raggiungere i minori e riportarli al Paese di origine.

Sono escluse le spese di soggiorno del familiare e tutte le spese diverse dai biglietti di viaggio.

La prestazione non è fornita qualora l'Assicurato abbia già richiesto il "Viaggio di un familiare in caso di ricovero".

Reperimento di medicinali urgenti

Nel caso in cui l'Assicurato necessiti di un farmaco irreperibile nel Paese nel quale si trova, AXA Assistance, scegliendo la soluzione di maggior rapidità, provvederà a:

- reperire, tramite la propria organizzazione sanitaria internazionale il farmaco corrispondente sul posto od in un Paese limitrofo,

ovvero

- inviare direttamente dall'Italia il farmaco richiesto.

AXA Assistance prenderà a carico il servizio mentre restano a carico dell'Assicurato il costo dei medicinali e gli eventuali diritti doganali, per i quali l'Assicurato si impegna a saldare il relativo importo ad AXA Assistance alla presentazione della relativa fattura.

d) My Doctor

Il servizio è accessibile 24 ore su 24, tutti i giorni dell'anno, tramite chiamata telefonica o video chiamata.

Teleconsultazione

Qualora l'Assicurato abbia bisogno di organizzare un consulto medico telefonico in caso di urgenza conseguente a infortunio o malattia improvvisa, la Centrale Operativa trasferirà la chiamata alla propria équipe medica che valuterà, con il consenso dell'Assicurato, se proseguire il colloquio per telefono o passare alla modalità video chiamata.

Dove è valida la prestazione

La prestazione "Teleconsultazione" è disponibile dall'Italia e dall'estero, con eventuali costi di telefonia e connessione a carico dell'Assicurato.

Prescrizione medica

Nel caso in cui, a seguito di diagnosi telefonica, si preveda l'assunzione di un farmaco, la centrale operativa provvede a trasmettere una ricetta medica bianca, previa verifica della disponibilità del farmaco, presso la farmacia aperta più vicina al luogo in cui si trova l'Assicurato o dallo stesso indicata, in modo che l'Assicurato o un suo delegato possano acquistare il medicinale prescritto.

In alternativa nel caso in cui l'équipe medica lo ritenga necessario, la Centrale Operativa potrà inviare un medico presso il domicilio dell'assicurato o nel luogo dove questi risiede temporaneamente. L'eventuale ricetta medica bianca sarà consegnata direttamente all'assicurato.

Dove è valida la prestazione

La prestazione "Prescrizione medica" in seguito alla "Teleconsultazione" è valida esclusivamente in Italia.

Consegna del farmaco a domicilio

L'Assicurato potrà inoltre usufruire della prestazione "Consegna del farmaco a domicilio" per un massimo di 2 consegne all'anno. In questo caso, la Centrale Operativa provvederà, rispettando le norme che regolano l'acquisto ed il trasporto dei medicinali, ad inviare un suo incaricato presso il luogo in cui si trova l'Assicurato per ritirare il denaro e l'eventuale delega necessari all'acquisto, provvedendo poi alla consegna dei medicinali richiesti nel più breve tempo possibile.

A conclusione del servizio, AXA Assistance effettuerà una telefonata di cortesia per verificare il buon esito dello stesso.

AXA terrà a proprio carico il costo della consegna, mentre il costo dei medicinali resta a carico dell'Assicurato.

Dove è valida la prestazione

La prestazione "Consegna del farmaco a domicilio" è valida esclusivamente in Italia.

e) Assistenza professionale e pratica a massimale a consumo

Premessa

La copertura opera in caso di infortunio o malattia dell'Assicurato comprovati da certificato medico fino alla concorrenza di un massimale di **€ 2.500,00** per Assicurato e per sinistro, fino a **un massimo di 3 sinistri per Assicurato e per anno assicurativo**. La prestazione è estesa anche all'Assicurato genitore di un neonato, entro i 60 giorni successivi al parto qualora il neonato non sia stato dimesso dall'istituto di cura. Le prestazioni vengono erogate nei 90 giorni successivi all'infortunio, alla data del certificato medico in caso di malattia o alla data di dimissione in caso di ricovero.

L'eventuale massimale residuo non è cumulabile con il sinistro successivo. Il massimale indicato è al lordo di imposta o altro onere stabilito per legge.

In tutti i casi in cui le prestazioni eccedono il massimale, il costo è a carico dell'Assicurato. Tale eventuale eccedenza viene comunicata dalla centrale operativa al momento del sinistro con l'indicazione del relativo importo preventivo. L'importo comunicato è puramente indicativo perché soggetto a possibili variazioni dovute all'effettivo servizio erogato; è esclusa pertanto ogni responsabilità della Centrale Operativa per importi diversi rispetto a quanto comunicato e che non rientrino in copertura.

L'Assicurato ha facoltà di scegliere se accettare la prestazione o richiedere una soluzione alternativa nell'ambito delle prestazioni a disposizione.

La Centrale Operativa e/o il medico si riserva di valutare la correttezza e l'opportunità della richiesta al momento del sinistro e avrà facoltà di richiedere eventuale documentazione di supporto (es. lettera di Dimissione Ospedaliera, prescrizione medica di fisioterapia, prescrizione medica di presidi medico-chirurgici funzionali alla riabilitazione, ecc); inoltre dopo alcuni giorni dall'avvio della erogazione dei servizi concordati la Centrale Operativa avrà facoltà di richiamare l'Assicurato per verificare il perdurare del bisogno di assistenza o la completa guarigione.

In caso di ricovero programmato l'Assicurato potrà richiedere con un preavviso massimo di 2 giorni lavorativi le eventuali prestazioni "Assistenza professionale e pratica" necessarie. Laddove le prestazioni

richieste non fossero più necessarie, l'Assicurato dovrà darne avviso alla Centrale Operativa il prima possibile.

Dove sono valide le prestazioni

Le prestazioni di "Assistenza professionale e pratica a massimale a consumo", sono valide esclusivamente in Italia.

Assistenza professionale

Assistenza infermieristica

Qualora l'Assicurato necessiti, sulla base di certificazione medica, di essere assistito presso il proprio domicilio da personale specializzato (infermieristico o socio-assistenziale), potrà richiedere alla Centrale Operativa il reperimento e l'invio di personale convenzionato.

La ricerca e selezione sarà effettuata in base alla tipologia del problema dell'Assicurato al fine di offrire la migliore soluzione possibile.

AXA terrà a proprio carico il costo della prestazione.

Assistenza infermieristica presso la struttura di ricovero

Qualora a seguito di ricovero e sulla base di una dichiarazione del medico ospedaliero, l'Assicurato necessiti di ricevere assistenza continua, notturna o diurna, presso la struttura di ricovero e non vi siano familiari disponibili ad assisterlo, lo stesso potrà richiedere alla Centrale Operativa il reperimento e l'invio di personale convenzionato specializzato (infermieristico o socio-assistenziale). La prestazione è fornita con un preavviso minimo di 24 ore.

La ricerca e selezione sarà effettuata in base alla tipologia della necessità dell'Assicurato al fine di offrire la migliore soluzione possibile.

AXA terrà a proprio carico il costo della prestazione.

Invio fisioterapista

Qualora l'Assicurato necessiti, sulla base di certificazione medica, di essere assistito presso il proprio domicilio da un fisioterapista, potrà richiedere alla Centrale Operativa il reperimento e l'invio di personale convenzionato.

La ricerca e selezione sarà effettuata in base alla tipologia della necessità dell'Assicurato al fine di offrire la migliore soluzione possibile.

AXA terrà a proprio carico il costo della prestazione.

Prelievo campioni

Qualora l'Assicurato necessiti di effettuare un esame ematochimico, può richiedere alla Centrale Operativa di organizzare il prelievo presso il proprio domicilio.

AXA terrà a proprio carico i costi relativi al prelievo, mentre restano a carico dell'Assicurato i costi degli esami e degli accertamenti diagnostici, effettuati da laboratori di analisi convenzionati con la Centrale Operativa.

Ritiro di esami ed analisi di laboratorio o accertamenti diagnostici

Qualora l'Assicurato necessiti di ritirare con urgenza i referti di accertamenti diagnostici effettuati come da certificazione del medico curante, potrà richiedere alla Centrale Operativa di recapitarli presso il proprio domicilio o consegnarli al medico curante.

La Centrale Operativa provvederà ad inviare un corrispondente al domicilio dell'Assicurato, al quale consegnare la delega per il ritiro dei documenti.

AXA terrà a proprio carico il costo della consegna degli esiti, mentre il costo degli esami resta a carico dell'Assicurato.

Reperimento di presidi medico-chirurgici

Qualora all'Assicurato venisse prescritta da parte dei medici che lo hanno avuto in cura, uno dei seguenti presidi medico-chirurgici:

- stampelle;
- sedia a rotelle;
- materasso antidecubito;
- tutori

la Centrale Operativa provvederà a reperirlo, se disponibile in comodato d'uso, per il periodo necessario alle esigenze dell'Assicurato sino ad un massimo di 60 giorni per sinistro.

Se per cause indipendenti alla volontà della Centrale Operativa, risultasse impossibile reperire e/o fornire tali presidi, AXA provvederà a rimborsare le spese relative al noleggio dei presidi stessi.

Sono comprese le eventuali spese di consegna e ritiro presso il domicilio dell'Assicurato.

Assistenza pratica

Invio collaboratrice domestica

Qualora l'Assicurato necessiti di aiuto in casa, potrà richiedere alla Centrale Operativa di reperire ed inviare presso il proprio domicilio una collaboratrice per il disbrigo delle faccende domestiche.

AXA terrà a proprio carico il costo della prestazione.

Invio baby sitter

Qualora l'Assicurato, non sia in grado di occuparsi autonomamente, sulla base di certificazione medica, dei propri figli minori di anni 12 e non vi sia nessun altro familiare in grado di provvedervi, potrà richiedere alla Centrale Operativa di reperire ed inviare presso il domicilio una baby sitter.

AXA terrà a proprio carico il costo della prestazione.

Invio dog sitter

Qualora l'Assicurato, non sia in grado di occuparsi autonomamente, sulla base di certificazione medica, del proprio cane, potrà richiedere alla Centrale Operativa di reperire ed inviare un dog sitter che presterà assistenza all'animale domestico.

AXA terrà a proprio carico il costo della prestazione.

Disbrigo delle quotidianità

Qualora l'Assicurato non sia in grado di occuparsene autonomamente di piccole commissioni urgenti, potrà richiedere alla Centrale Operativa l'invio di personale di servizio per il disbrigo delle stesse (es. rifacimento chiavi, rinnovo documenti, pagamento utenze in scadenza, incombenze amministrative, ecc.).

La Centrale Operativa invierà un suo corrispondente per il ritiro del denaro e di quanto necessario al disbrigo della commissione da svolgere nel minor tempo possibile.

AXA terrà a proprio carico esclusivamente il costo del personale incaricato.

Autista sostitutivo

Qualora l'Assicurato, a giudizio del servizio medico della Centrale Operativa, non sia in grado di condurre il veicolo in condizioni di sicurezza e nessuno degli eventuali passeggeri possa sostituirlo alla guida, la Centrale Operativa fornirà un autista sostitutivo per ricondurre il veicolo al domicilio dell'Assicurato o proseguire il viaggio, entro i confini nazionali, con il percorso più diretto.

AXA terrà a suo carico esclusivamente le spese di spostamento per recarsi sul luogo dove si trova il veicolo e i costi dell'autista.

Invio badante

Qualora l'Assicurato, o uno dei propri genitori che sia sotto la responsabilità e la cura dell'Assicurato

stesso, necessiti di una badante, potrà richiedere alla Centrale Operativa di reperire ed inviare presso il domicilio una professionista che possa fornire assistenza durante la giornata per lo svolgimento delle normali attività quotidiane: alzarsi dal letto, lavarsi, vestirsi, cucinare. fare la spesa e piccole commissioni.

AXA terrà a proprio carico il costo della prestazione.

Invio spesa a casa

Qualora l'Assicurato non sia in grado di occuparsi autonomamente di provvedere alla spesa, potrà richiedere alla Centrale Operativa di effettuare la consegna al proprio domicilio di generi alimentari o di prima necessità.

La Centrale Operativa invierà un suo corrispondente per il ritiro del denaro e della nota necessari all'acquisto, provvedendo poi alla consegna entro le 24 ore successive.

AXA terrà a proprio carico il costo della consegna, mentre il costo dei generi alimentari resta a carico dell'Assicurato.

f) Consulenze specialistiche

Consulenza psicologica

Qualora, a seguito di diagnosi di malattia grave o cronico degenerativa dell'Assicurato, si rendesse necessaria una assistenza psicologica, l'Assicurato può, chiamando la Centrale Operativa, essere messo in contatto telefonicamente con uno specialista, al massimo entro le 8 ore lavorative successive alla richiesta d'intervento.

La prestazione è prevista per un massimo di una volta per Assicurato e anno assicurativo.

Dove è valida la prestazione

La prestazione "Consulenza psicologica" è valida esclusivamente in Italia.

Consulenza nutrizionista

Qualora, a seguito di diagnosi di patologia o condizione che richieda una modifica della dieta dell'Assicurato, (es. diabete, iper/ipotiroidismo, celiachia, gravidanza, ecc.), chiamando AXA Assistance l'Assicurato può essere messo in contatto telefonicamente con uno specialista, al massimo entro le 8 ore lavorative successive alla richiesta d'intervento.

La prestazione, intesa come primo contatto e follow up, è prevista per un massimo di una volta per Assicurato e anno assicurativo.

Dove è valida la prestazione

La prestazione "Consulenza nutrizionista" è valida esclusivamente in Italia.

g) Second Opinion

Qualora l'Assicurato sia affetto da gravi patologie necessiti di interventi chirurgici di particolare complessità, potrà contattare la Centrale Operativa per ottenere un "parere medico complementare" da parte di uno specialista di riconosciuta fama ed esperienza e ricevere eventuali indicazioni diagnostiche o terapeutiche suppletive.

Il servizio fornisce il parere medico complementare relativamente alle seguenti patologie:

- oncologiche;
- cerebrovascolari;
- neurologiche degenerative, tra le quali sclerosi multipla;
- del cuore e dei grandi vasi.

Il parere medico complementare, inviato entro il sesto giorno lavorativo dal ricevimento della documentazione clinica completa, conterrà:

- il parere dello specialista;
- eventuali suggerimenti sulla terapia e raccomandazioni per controlli aggiuntivi;
- risposte a possibili quesiti.

La prestazione ha finalità esclusivamente informative e di consulenza diagnostico-terapeutica all'Assicurato, e non intende modificare l'orientamento diagnostico del medico curante.

Il servizio di Second Opinion non è ripetibile, pertanto non può essere richiesto per patologie per le quali sia già stata effettuata una volta la prestazione.

Dove è valida la prestazione

La prestazione "Second Opinion" è valida in Italia e all'estero.

h) Telemedicina

Telemonitoraggio Post Intervento – Visual Medicare

Descrizione del Servizio:

A seguito di ricovero ospedaliero per malattia e/o infortunio che abbiano comportato intervento chirurgico, l'Assicurato tramite AXA Assistance potrà richiedere l'attivazione dei servizi di "telemonitoraggio" attraverso la comunicazione audiovisiva ed attraverso l'utilizzo di uno specifico kit per il rilevamento dei seguenti parametri:

- Pressione arteriosa
- Frequenza cardiaca
- Frequenza respiratoria
- ECG
- Regolarità del ritmo cardiaco
- Peso corporeo (ove necessario)
- Spo2
- Glicemia

Dopo l'installazione del kit, il servizio sarà attivo per 30 giorni consecutivi.

Modalità di attivazione del servizio

- L'Assicurato dovrà comunicare ad AXA Assistance il domicilio presso il quale dovrà essere installato il kit e dovrà inviare alla Centrale Operativa copia della lettera di dimissioni rilasciata dall'Ospedale, comprovante il diritto all'utilizzo del servizio.
- La Centrale Operativa concorderà con l'Assicurato la data di attivazione del servizio (l'attivazione avverrà entro 2 giorni lavorativi dalla data della richiesta).
- Alla data concordata, un operatore autorizzato si recherà presso il domicilio dell'Assicurato, installerà il Kit per il Telemonitoraggio, fornirà le istruzioni e le indicazioni per l'utilizzo ed effettuerà, insieme all'Assicurato, il primo collegamento con il centro medico operativo.
- Nei 30 giorni successivi alla data di dimissioni, bisettimanalmente, dal lunedì al venerdì ed agli orari precedentemente concordati con il medico della Centrale Operativa, l'Assicurato potrà usufruire del servizio di teleconsulto che gli permetterà, utilizzando gli strumenti di monitoraggio forniti, di inviare i dati rilevati tramite le apparecchiature al Centro Medico che li commenterà direttamente, in videoconferenza o teleconferenza con l'Assicurato.
- Alla scadenza dei trenta giorni successivi alla data di dimissioni, l'operatore autorizzato si recherà al domicilio dell'Assicurato e ritirerà il kit.

Cartella Medica Personale

L'Assicurato che usufruisce dei servizi di Telemonitoraggio, potrà accedere alla propria Cartella Medica Personale, uno spazio protetto sul web che gli permetterà la visualizzazione dei dati medici relativi al ricovero ed inviati al Centro Medico a seguito della dimissione. Tale visualizzazione potrà essere consentita anche al medico dell'Assicurato qualora lo volesse.

La cartella verrà disattivata una volta che il kit verrà ritirato dai tecnici autorizzati.

Dove è valida la prestazione

La prestazione "Telemedicina" è valida esclusivamente in Italia.

i) Promemoria della terapia post ricovero

A seguito di ricovero ospedaliero per malattia o infortunio, l'Assicurato, tramite AXA Assistance, potrà richiedere l'attivazione della prestazione "Promemoria della terapia post ricovero". In questo caso, l'Assicurato contatterà la Centrale Operativa ed invierà la documentazione medica e la prescrizione della terapia farmacologica, nelle modalità concordate con l'operatore.

Di seguito verrà attivato il servizio che consiste nell'invio all'Assicurato del promemoria relativo ai farmaci, con le scadenze previste in base alla diagnosi e alla terapia prescritta.

Il servizio è valido per un massimo di 14 giorni per sinistro e per un massimo di 2 sinistri all'anno.

Dove è valida la prestazione

La prestazione "Promemoria della terapia post ricovero" è valida esclusivamente in Italia.

Ambito e limitazioni

Art. 23| Esclusioni

Le prestazioni di assistenza garantiscono le persone assicurate nei casi di malattia od infortunio, ferme restando la decorrenza della garanzia di cui all'Art. 15 - "Termini di aspettativa" e le esclusioni previste dall'Art. 16 - "Esclusioni". Le disposizioni di tali articoli non trovano applicazione per il servizio di "Second Opinion".

Le prestazioni non sono altresì fornite per i viaggi estremi in zone remote raggiungibili solo con l'utilizzo di mezzi di soccorso speciali. Sono escluse le spese di ricerca dell'Assicurato in mare, lago, montagna o deserto.

Sono altresì escluse le prestazioni, o le spese, non autorizzate specificatamente da AXA Assistance.

Per il servizio di Second Opinion AXA Assistance è sollevata da responsabilità in caso di mancata ricezione o di danneggiamento della documentazione e per tutto ciò che concerne l'operato dello specialista.

Art. 24| Limiti di esposizione

I massimali previsti da ogni singolo servizio devono intendersi:

- disponibili per ciascun Assicurato e per ogni evento dannoso;
- al lordo di qualsiasi imposta od altro onere stabilito per legge.

L'organizzazione di uno dei servizi indicati su iniziativa dell'Assicurato o di una terza persona può dar luogo a rimborso solo nel caso in cui AXA Assistance abbia precedentemente prestato il suo assenso sui mezzi da utilizzare.

Le eventuali spese sostenute, sempre che autorizzate, saranno rimborsate previa presentazione di validi giustificativi (fatture, certificati, notule).

Qualora si dovesse successivamente accertare la non validità della polizza e/o la sussistenza di condizioni e/o elementi che determinano l'inoperatività o l'inefficacia dell'assicurazione, l'Assicurato sarà tenuto a rimborsare ad AXA le somme che questa, per il tramite di AXA Assistance o sua corrispondente, abbia corrisposto.

Tali circostanze saranno debitamente comunicate all'Assicurato, mediante lettera raccomandata, e lo stesso sarà tenuto a restituire dette somme indebitamente liquidate da AXA, per il tramite di AXA Assistance, entro e non oltre 30 giorni dal ricevimento delle stesse. Qualora l'Assicurato non ottemperi nei tempi previsti a quanto sopra, AXA si riserva il diritto di agire giudizialmente nei suoi confronti per ottenere la restituzione di quanto indebitamente liquidato.

Art. 25| Responsabilità

AXA e AXA Assistance non potranno in alcun modo essere ritenute responsabili dei ritardi od impedimenti nell'esecuzione delle proprie prestazioni di assistenza derivanti da eventi esclusi o conseguenti ad ogni altra circostanza fortuita ed imprevedibile.

Come attivare le prestazioni

Art. 26| Come richiedere i servizi di assistenza

I servizi di assistenza devono essere richiesti telefonicamente direttamente ad AXA Assistance

Numero Verde 800.27.13.43 per chiamate dall'Italia

Numero +39.06.42.11.55.05 per chiamate dall'Estero

Fax +39.06.47.43.262

Per rendere più rapido ed efficace l'intervento, prima di contattare AXA Assistance, si invita a prendere nota dei seguenti dati:

- numero di polizza;
- cognome e nome dell'Assicurato, suo indirizzo o recapito temporaneo (indirizzo, numero di telefono e di eventuali fax e telex);
- nonché, in base al tipo di prestazione richiesta, le altre eventuali informazioni utili all'esecuzione della prestazione stessa.

Qualora l'Assicurato non usufruisca di una o più prestazioni di assistenza o in caso di mancato contatto preventivo con la Centrale Operativa, AXA Assistance non è tenuta a fornire indennizzi o prestazioni alternative di alcun genere a titolo di compensazione.

Qualsiasi diritto nei confronti di AXA Assistance, e derivante dal contratto, si prescrive nel termine di un anno a decorrere dalla data in cui si verifica l'evento.

Art. 27| Come richiedere il servizio di Second opinion

L'Assicurato per usufruire del servizio di Second opinion deve:

1) contattare la Centrale Operativa al numero verde 800.27.13.43 che, verificata la regolarità della richiesta, provvederà all'apertura del dossier comunicando le modalità di svolgimento del servizio ed invierà la "Scheda di informazione personale";
2) spedire ad AXA Assistance (Centrale Operativa Medica - Via Carlo Pesenti, 121 - 00156 Roma):
   - la documentazione clinica completa;
   - la "Scheda di informazione personale" sottoscritta dallo stesso e dal suo medico curante;
   - l'autorizzazione a contattare il suo medico curante;
   - l'autorizzazione ad AXA Assistance circa il trattamento dei dati forniti (D.Lgs. n. 196/03).

L'équipe medica di AXA Assistance, per mezzo della propria Centrale Operativa:

- è a disposizione per aiutare l'Assicurato nella raccolta della documentazione clinica completa (dati anamnestici ed esami diagnostici eseguiti) e nella compilazione della "Scheda di informazione personale";
- verifica la completezza dei dati e della documentazione ed eventualmente richiede nuove specifiche all'Assicurato ed al suo medico curante;
- invia la documentazione completa, con le soluzioni tecnologiche più rapide, ad un centro convenzionato prescelto dall'équipe medica della Centrale Operativa;
- comunica all'Assicurato il nome dello specialista e/o del centro convenzionato a cui è stata inviata la documentazione;
- invia il parere medico complementare all'Assicurato o al suo medico curante, contenente l'opinione dello specialista sul caso clinico, eventuali suggerimenti terapeutici e le risposte alle eventuali domande;
- su esplicita richiesta restituisce la documentazione inviata dall'Assicurato.

Art. 28| Comunicazioni e variazioni

Tutte le comunicazioni alle quali il Contraente, l'Assicurato o gli aventi diritto sono tenuti, salvo le richieste telefoniche alla Centrale Operativa, devono essere effettuate con lettera raccomandata.

*****

Premessa

La gestione dei successivi servizi di **Tutela legale**, è stata affidata da AXA ad INTER PARTNER ASSISTANCE S.A. - Rappresentanza Generale per l'Italia - Via Carlo Pesenti, 121 - 00156 Roma, di seguito denominata AXA Assistance. Pertanto tutte le prestazioni indicate garantite da AXA saranno gestite per il tramite di AXA Assistance.

AXA, lasciando invariati la portata e i limiti di tali prestazioni, ha la facoltà di affidare tali servizi ad altra società autorizzata in tale caso verrà comunicata al Contraente la nuova società senza che ciò possa costituire motivo di risoluzione del contratto.

Garanzia

(**operante solo se prevista in polizza**)

Art. 29| Tutela legale

AXA, avvalendosi di IPA per la gestione e la liquidazione dei sinistri, alle condizioni di seguito indicate e nei limiti del massimale riportato in polizza valido per sinistro, assicura la tutela legale, compresi i relativi oneri non ripetibili della controparte, occorrente all'Assicurato per la difesa dei suoi interessi in sede extragiudiziale e giudiziale.

L'assicurazione comprende i seguenti oneri:

- le **spese per l'intervento del legale incaricato**;
- le eventuali **spese del legale di controparte**, in caso di transazione autorizzata da IPA ai sensi dell'Art. 35 - "Gestione del sinistro tutela legale", **o quelle di soccombenza** in caso di condanna dell'Assicurato;
- le **spese per l'intervento del Consulente Tecnico d'Ufficio, del Consulente Tecnico di Parte e di periti in genere**, purché concordate con IPA ai sensi dell'Art. 35 - "Gestione del sinistro tutela legale";
- le **spese attinenti all'esecuzione forzata** limitatamente ai primi due tentativi esperiti dall'Assicurato.

È garantito l'intervento di un unico legale per ogni grado di giudizio, territorialmente competente ai sensi dell'Art. 33 - "Cosa fare in caso di sinistro e libera scelta del legale".

29.1 Casi assicurati

La garanzia è operante per eventi accaduti nell'ambito della vita privata, con esclusione di ogni attività professionale sia di lavoro autonomo che dipendente, o derivante da altri contratti di collaborazione, limitatamente a controversie:

a) nascenti da **pretese inadempienze contrattuali di controparte**, per le quali il valore della lite non sia inferiore a **€ 250,00**;
b) relative a danni subiti dall'Assicurato per **fatti illeciti di terzi**;

in relazione a vertenze promosse dall'Assicurato, o se impossibilitato da un familiare, **nei confronti di**:

- **enti** presso i quali abbia effettuato un esame o una visita diagnostica oppure sia stato ricoverato o curato ambulatorialmente;
- **medici** che lo abbiano visitato o curato.

Nell'ipotesi di sinistro che coinvolga più Assicurati, la garanzia prestata viene ripartita tra tutti i soggetti assicurati coinvolti, a prescindere dal numero e dagli oneri da ciascuno di essi sopportati. Nel caso di controversie fra Assicurati con la stessa polizza, le garanzie sono prestate unicamente a favore del Contraente/Assicurato.

29.2 Consulenza legale telefonica

L'Assicurato, chiamando la Centrale Operativa di IPA, può richiedere:

a) una prima consulenza legale, relativamente ai casi assicurati con la presente sezione;

b) informazioni sulle normative vigenti e sugli adempimenti da rispettare nel caso di ricorso alle autorità giudiziarie;
c) informazioni sul contenuto e sulla portata delle garanzie previste nella presente sezione di polizza.

La Centrale Operativa di IPA può erogare autonomamente la prestazione ovvero mettere l'Assicurato in contatto con un altro specialista. Il servizio è attivo dal lunedì al venerdì in orario di ufficio.

Ambito e limitazioni

Art. 30| Limiti territoriali della Tutela legale

A deroga dell'Art. 37 - "Estensione Territoriale", l'assicurazione è valida per le controversie derivanti da violazioni di norme o inadempimenti verificatisi nella Repubblica Italiana, nella Città del Vaticano e nella Repubblica di San Marino e che, in caso di giudizio, sono trattate davanti all'Autorità Giudiziaria degli stessi Paesi. L'assicurazione si estende alle controversie concernenti la responsabilità di natura extracontrattuale determinata da fatti verificatisi nei Paesi dell'Unione Europea e in Svizzera.

Art. 31| Decorrenza della garanzia

La garanzia "Tutela legale" è valida per le controversie determinate da fatti verificatisi dalle ore 24 del giorno di effetto dell'assicurazione e che siano denunciate entro 12 mesi dalla cessazione della stessa.

Ai fini del comma precedente, i fatti che hanno dato origine alla controversia si intendono avvenuti nel momento iniziale della violazione della norma o dell'inadempimento; qualora il fatto che dà origine al sinistro si protragga attraverso più atti successivi, il sinistro stesso si considera avvenuto nel momento in cui è stato posto in essere il primo atto.

Le vertenze promosse da o contro più persone ed aventi per oggetto domande identiche o connesse si considerano a tutti gli effetti un unico sinistro. In caso di imputazioni a carico di più persone assicurate e dovute al medesimo fatto il sinistro è unico a tutti gli effetti.

Art. 32| Esclusioni

Sono esclusi dalla garanzia:

1) le spese relative a professionisti non iscritti nell'apposito albo professionale ove prescritto dalla legge;
2) le spese per controversie per fatti dolosi del Contraente o dell'Assicurato;
3) il pagamento di multe, ammende e sanzioni in genere;
4) gli oneri fiscali (bollatura documenti e atti, contributo unificato, spese di registrazione di sentenze e atti in genere, ecc.);
5) vertenze per fatti derivanti dall'esercizio dell'attività di lavoro autonomo, dipendente e/o altre tipologie di lavoro professionale;
6) vertenze di natura contrattuale nei confronti di AXA o società ad essa collegate;
7) controversie relative ai sinistri di inquinamento dell'ambiente, salvo che esso sia determinato da fatto accidentale;
8) vertenze relative a sinistri causati da esplosione o di emanazione di calore o di radiazioni provenienti da trasmutazioni del nucleo dell'atomo, come pure in occasione di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;
9) controversie per le quali sia ipotizzabile la responsabilità professionale del legale incaricato, dei periti o dei consulenti tecnici di parte incaricati.

Art. 33| Cosa fare in caso di sinistro e libera scelta del legale

L'Assicurato deve immediatamente denunciare all'Agenzia o ad IPA qualsiasi sinistro nel momento in cui si è verificato e/o ne abbia avuto conoscenza. In ogni caso deve fare pervenire ad IPA notizia di ogni atto a lui notificato, entro tre giorni dalla data della notifica stessa.

L'Assicurato ha il diritto di scegliere liberamente il legale cui affidare la tutela dei suoi interessi, residente

nel luogo ove ha sede l'Ufficio Giudiziario competente per la controversia, indicandolo ad IPA contemporaneamente alla denuncia del sinistro.

Se l'Assicurato non fornisce tale indicazione, IPA lo invita a scegliere il proprio legale e, nel caso in cui l'Assicurato non vi provveda, può nominare direttamente il legale, al quale l'Assicurato deve conferire mandato. L'eventuale nomina di consulenti tecnici di parte e di periti in genere viene concordata con IPA.

L'Assicurato ha comunque il diritto di scegliere liberamente il proprio legale nel caso di conflitto di interessi con AXA e/o IPA.

Art. 34| Fornitura mezzi di prova e documenti occorrenti alla prestazione della garanzia assicurativa

Se l'Assicurato richiede la copertura assicurativa è tenuto a:

a) informare immediatamente IPA in modo completo e veritiero di tutti i particolari del sinistro nonché, indicare i mezzi di prova e documenti e, su richiesta, metterli a disposizione;

b) conferire mandato al legale incaricato della tutela dei suoi interessi, nonché informarlo in modo completo e veritiero su tutti i fatti, indicare i mezzi di prova, fornire ogni possibile informazione e procurare i documenti necessari.

Art. 35| Gestione del sinistro Tutela legale

Ricevuta la denuncia del sinistro, IPA si adopera per realizzare un bonario componimento della controversia. Ove ciò non riesca, se le pretese dell'Assicurato presentino possibilità di successo, la pratica viene trasmessa al legale scelto nei termini dell'Art. 33 - "Cosa fare in caso di sinistro e libera scelta del legale".

La garanzia assicurativa viene prestata anche per ogni grado superiore di procedimento soltanto se l'impugnazione presenta possibilità di successo. IPA così come AXA, non sono responsabili dell'operato di legali, di consulenti tecnici di parte e di periti in genere.

L'Assicurato non può addivenire direttamente con la controparte ad alcuna transazione della vertenza, sia in sede stragiudiziaria che giudiziaria, senza preventiva autorizzazione di IPA, pena il rimborso delle spese legali e peritali da questa sostenute, fatto salvo quanto previsto dal successivo comma.

In caso di conflitto di interessi o di disaccordo in merito alla gestione dei sinistri tra l'Assicurato e AXA e/o IPA, fermo il diritto dell'Assicurato di adire le vie giudiziarie, la competenza a dirimere la lite potrà essere demandata in via alternativa ad un collego arbitrale, che decide secondo equità, composto da tre arbitri, nominati uno da ciascuna delle Parti e il terzo di comune accordo. Se una delle Parti non provvede alla nomina o se i due arbitri non si accordano sul terzo, la scelta sarà fatta dal Presidente del Tribunale competente a norma del Codice di Procedura Civile. Le decisioni saranno prese a maggioranza.

Gli arbitri sono dispensati dalle formalità giudiziarie. Ciascuna delle Parti sopporta la spesa del proprio arbitro e metà di quella del terzo.

Art. 36| Recupero di somme

Spettano integralmente all'Assicurato i risarcimenti ottenuti ed in genere le somme recuperate o comunque corrisposte dalla controparte a titolo di capitale ed interessi.

Spettano invece ad IPA, che li ha sostenuti o anticipati, gli onorari, le competenze e le spese liquidate in sede giudiziaria o concordate transattivamente e/o stragiudizialmente.

*****

Norme comuni

Art. 37| Estensione territoriale

L'assicurazione vale per il mondo intero ad eccezione di quanto definito nelle prestazioni di assistenza (Artt. 21 e 22) e dell'Art. 30 della tutela legale.

Art. 38| Rischio guerra

L'assicurazione è estesa anche agli infortuni derivanti da stato di guerra (dichiarata o non) o da insurrezione popolare, per il periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità o dell'insurrezione, se ed in quanto l'Assicurato risulti sorpreso dallo scoppio di tali eventi mentre si trova all'estero, in un Paese sino ad allora in pace.

Sono comunque esclusi gli infortuni derivanti da guerra ed insurrezione popolare che colpissero l'Assicurato nel territorio della Repubblica Italiana, della Città del Vaticano e della Repubblica di San Marino.

Art. 39| Eventi naturali catastrofici

L'assicurazione è estesa anche agli infortuni derivanti da movimenti tellurici, inondazioni o eruzioni vulcaniche sempre che l'Assicurato sia rimasto vittima degli eventi al di fuori del comune ove è fissata la sua residenza.

Art. 40| 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 e 1894 c.c.

Art. 41| Altre assicurazioni

Il Contraente o l'Assicurato deve comunicare per iscritto ad AXA l'esistenza e la successiva stipulazione di altre assicurazioni per lo stesso rischio; in caso di sinistro, il Contraente o l'Assicurato deve darne avviso a tutti gli assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri. In presenza di più Assicurazioni troverà applicazione il disposto di cui all'Art. 1910 c.c.

Quanto suddetto vale anche nel caso in cui lo stesso rischio è coperto da contratti stipulati dall'Assicurato con Enti, Casse, Fondi Integrativi sanitari.

Art. 42| Pagamento del premio

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

Se il Contraente non paga i premi o le rate di premio successive, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del 30° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze, ai sensi dell'Art. 1901 c.c.

Nel caso in cui il pagamento del premio o delle successive rate di premio avvenga con un ritardo superiore ai 90 giorni rispetto alla scadenza stabilita dal contratto, i termini di aspettativa di cui all'Art. 15 vengono conteggiati a far data dalle ore 24 del giorno in cui si effettua il pagamento.

Art. 43| Indicizzazione e adeguamento automatico del premio

Le somme assicurate, i massimali, i limiti di indennizzo, le franchigie riportate in euro ed il premio sono assoggettati ad "adeguamento automatico" in base all'indice di statistica pubblicato dall'ISTAT di Roma secondo le modalità di seguito riportate:

a) si stabilisce di adottare l'indice nazionale generale dei prezzi al consumo per famiglie di operai ed

impiegati (già costo della vita);

b) nel corso di ogni anno solare sarà adottato, come base di riferimento iniziale e per gli aggiornamenti, l'indice del mese di giugno dell'anno precedente;

c) alla scadenza di ogni rata annua se si sarà verificata una variazione **in aumento** dell'indice iniziale o di quello dell'ultimo adeguamento (indice base), le somme assicurate, i massimali, i limiti di indennizzo, le franchigie riportate in euro ed il premio verranno variati **col massimo del 2%** in proporzione al rapporto tra indice di scadenza e indice base. Variazioni negative dell'indice non saranno invece applicate;

d) le variazioni decorreranno dalla scadenza della rata annua, dietro il rilascio al Contraente di apposita quietanza aggiornata in base al nuovo indice di riferimento (indice di scadenza).

In caso di eventuale ritardo o interruzione nella pubblicazione dell'indice se ne utilizzerà altro equivalente.

L'adeguamento automatico delle somme assicurate viene applicato dopo la maggiorazione del premio prevista dall'Art. 44 - "Aggiornamento automatico del premio in base all'età dell'Assicurato".

Art. 44 Aggiornamento automatico del premio in base all'età dell'Assicurato

L'assicurazione è stipulata nella forma "Aggiornamento automatico del premio in base all'età dell'Assicurato". Tale forma prevede alla scadenza di ciascuna annualità il rilascio al Contraente di apposita quietanza con premio aggiornato in base all'età a scadenza di ogni Assicurato ed è operante, secondo le percentuali sottostanti, per le garanzie: Ricoveri, interventi e day hospital – Ricoveri, interventi e day hospital, in convenzione – Gravi malattie – Grandi interventi chirurgici – Pre e post ricovero – Alta specializzazione e trattamenti fisioterapici – Visite ed accertamenti – Diaria da ricovero – Diaria da convalescenza post ricovero – Capitale da convalescenza.

Aggiornamento automatico del premio in base all'età dell'Assicurato

% aumento del premio anno su anno

Ricoveri, interventi e day hospital – Ricoveri, interventi e day hospital, in convenzione – Gravi malattie – Grandi interventi chirurgici – Pre e post ricovero - Alta specializzazione e trattamenti fisioterapici – Visite ed accertamenti – Diaria da ricovero – Diaria da convalescenza post ricovero – Capitale da convalescenza

Età anni	Percentuali	età anni	Percentuali	età anni	Percentuali	età anni	Percentuali
0	-	19	3,90%	38	2,05%	57	3,10%
1	14,50%	20	3,75%	39	2,10%	58	3,20%
2	13,50%	21	3,60%	40	2,20%	59	3,20%
3	12,50%	22	3,20%	41	2,30%	60	3,20%
4	10,50%	23	3,00%	42	2,40%	61	3,20%
5	8,20%	24	2,70%	43	2,50%	62	3,20%
6	7,30%	25	2,50%	44	2,55%	63	3,20%
7	6,40%	26	2,30%	45	2,60%	64	3,20%
8	5,80%	27	2,10%	46	2,70%	65	3,30%
9	5,30%	28	2,00%	47	2,75%	66	3,50%
10	5,10%	29	2,00%	48	2,80%	67	3,60%
11	4,90%	30	2,00%	49	2,80%	68	3,70%
12	4,70%	31	2,00%	50	2,80%	69	3,70%
13	4,50%	32	1,90%	51	2,85%	70	3,80%
14	4,40%	33	1,80%	52	2,90%	71	3,80%
15	4,25%	34	1,80%	53	2,90%	72	4,00%
16	4,20%	35	1,80%	54	2,95%	73	4,00%
17	4,10%	36	1,90%	55	3,00%	74	4,00%
18	4,00%	37	2,00%	56	3,05%	75 ed oltre	6,00%

L'aumento del premio viene determinato per singolo Assicurato applicando al premio delle garanzie la percentuale di adeguamento prevista dalla tabella sopra riportata in corrispondenza dell'età dell'Assicurato.

Successivamente al premio così determinato, vengono sommati i premi delle restanti garanzie

eventualmente prestate, che non prevedono l'aggiornamento automatico del premio in base all'età; all'importo così ottenuto viene quindi applicata l'indicizzazione (come regolato dal precedente Art. 43 - "Indicizzazione e adeguamento automatico del premio"). Al premio imponibile annuale ottenuto sulla base di quanto sopra indicato, eventualmente suddiviso in base al numero di rate previste dal frazionamento, vengono applicate le relative imposte.

Art. 45| Proroga e periodo di assicurazione

La durata del contratto di assicurazione è indicata nel documento denominato polizza che è parte integrante del contratto medesimo.

Per i casi nei quali la legge o il contratto di assicurazione si riferiscono al "periodo di assicurazione", questo si intende stabilito per la durata di un anno, salvo che la copertura assicurativa sia stata richiesta per una durata differente.

In caso di durata annuale: il contratto di durata annuale si rinnova tacitamente per un altro anno e così successivamente di anno in anno, ad ogni scadenza annuale, in mancanza di disdetta inviata da una delle Parti, mediante lettera raccomandata spedita almeno 30 giorni prima della scadenza.

In caso di durata poliennale: il contratto di durata pluriennale si rinnova tacitamente per un altro anno alla sua scadenza e così successivamente di anno in anno, ad ogni scadenza annuale in mancanza di disdetta inviata da una delle Parti, mediante lettera raccomandata spedita almeno 30 giorni prima della scadenza originaria o rinnovata.

In deroga all'art. 1899, primo comma, del codice civile è riconosciuto al solo contraente il diritto di recedere dal contratto pluriennale alla scadenza di ogni singola annualità, mediante l'invio di una lettera raccomandata spedita almeno 60 giorni prima della scadenza.

Art. 46| Recesso per limite di età

Le Parti, ad ogni scadenza annua successiva al compimento del 75° anno di età dell'Assicurato possono recedere dal contratto con preavviso di 30 giorni.

Art. 47| Rinuncia al diritto di recesso in caso di sinistro

Le Parti rinunciano a recedere dal contratto in caso di sinistro.

Art. 48| Rinuncia al diritto di rivalsa

AXA rinuncia, a favore dell'Assicurato o dei suoi aventi diritto, al diritto di surrogazione che le compete ai sensi dell'Art. 1916 c.c.

Art. 49| Persone non assicurabili

Non sono assicurabili, indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute, le persone affette da alcoolismo, tossicodipendenza, sindrome da immunodeficienza acquisita (A.I.D.S.) e sieropositività da H.I.V.. L'assicurazione cessa immediatamente di avere efficacia con il loro manifestarsi (fermo restando quanto previsto dall'Art. 4 - "Prestazioni sanitarie assistenziali" qualora operante).

Art. 50| Oneri fiscali

Gli oneri fiscali relativi all'assicurazione sono a carico del Contraente. Il presente contratto è soggetto all'imposta sulle assicurazioni vigente in Italia.

Il Contraente, in caso di variazione di sede legale nel corso di durata del contratto, presso altro Paese membro della stessa Unione Europea, è tenuto a comunicare per iscritto l'avvenuto trasferimento, non oltre i 30 giorni dallo stesso e comunque in tempo utile per gli adeguamenti conseguenti in prossimità del pagamento del premio, in conformità alla legislazione fiscale del Paese di nuova residenza. Sarà cura di AXA l'espletamento degli adempimenti dichiarativi ed il pagamento del tributo per conto del Contraente.

In caso di omessa comunicazione, AXA avrà diritto di rivalsa sul Contraente per le somme versate all'Autorità

fiscale dello stato estero di nuova residenza, sia a titolo di imposta, sia di sanzioni, interessi e spese, in conseguenza di addebiti per omesso od insufficiente versamento del tributo.

Art. 51| Modifiche dell'assicurazione

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

Art. 52| Assicurazione per conto altrui – Titolarità dei diritti e degli obblighi nascenti dalla polizza

Gli obblighi derivanti dalla polizza devono essere adempiuti dal Contraente, salvo quelli che per loro natura non possono essere adempiuti che dall'Assicurato, così come disposto dall'art. 1891 C.C..

Art. 53| Foro competente

Il foro competente è quello del luogo di residenza o di domicilio elettivo dell'Assicurato o del Contraente.

Art. 54| Rinvio alle norme di legge

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

Art. 55| Forma delle comunicazioni

Tutte le comunicazioni previste dal contratto devono essere fatte per iscritto alla Società o all'Agente al quale è assegnata la polizza; nel secondo caso, le comunicazioni ricevute dall'Agente si intenderanno fatte alla Società. Sono ammesse anche tecniche di comunicazione a distanza.

Art. 56| Paesi soggetti a sanzioni internazionali - Clausola di esclusione per sanzioni economiche e finanziarie

In nessun caso gli assicuratori/i riassicuratori saranno tenuti a fornire alcuna copertura assicurativa, soddisfare richieste di risarcimento o garantire alcuna indennità in virtù del presente contratto, qualora tale copertura, pagamento o indennità possano esporli a divieti, sanzioni economiche o restrizioni ai sensi di Risoluzioni delle Nazioni Unite o sanzioni economiche o commerciali, leggi o norme dell'Unione Europea, del Regno Unito o degli Stati Uniti d'America, ove applicabili in Italia.

*****

ALLEGATO 1 – Elenco patologie Gravi malattie

Definizioni

Cancro
Tumore maligno caratterizzato dalla crescita incontrollata e dalla diffusione di cellule maligne con invasione dei tessuti normali. La copertura esclude i tumori di carattere non invasivo in situ, benigni, premaligni e della pelle diversi dal melanoma invasivo maligno.
Qualora le conseguenze di uno dei tumori esclusi si concretizzassero in metastasi in organi differenti rispetto a quello colpito dalla prima manifestazione la copertura si intende operante.

Infarto miocardico acuto
Sindrome coronarica acuta che causa la morte o la necrosi di una porzione del muscolo cardiaco.

Ictus cerebro-vascolare
Emorragia od infarto cerebrale (trombosi od embolia) ad esordio brusco. La garanzia non comprende le patologie ischemiche reversibili, ictus silente, attacchi ischemici transitori o malattie cerebrovascolari che non hanno causato emorragia od infarto in organi intracranici.

Sclerosi multipla o a placche
Malattia caratterizzata da aree di demielinizzazione cerebrale e midollare spinale.

Sclerosi Laterale Amiotrofica
Malattia degenerativa e progressiva del sistema nervoso, che colpisce selettivamente i cosiddetti neuroni di moto (motoneuroni), sia centrali - 1° motoneurone a livello della corteccia cerebrale, sia periferici - 2° motoneurone, a livello del tronco encefalico e del midollo spinale.

Morbo di Parkinson
Malattia degenerativa del sistema nervoso centrale che causa la morte delle cellule che sintetizzano e rilasciano la dopamina.

Insufficienza renale
Marcata compromissione della funzionalità renale di entità tale da rendere necessario un trattamento sostitutivo, rappresentato dalla dialisi o dal trapianto.

Anemia aplastica
Incapacità irreversibile del midollo osseo a produrre elementi figurati del sangue che comporti anemia, neutropenia e trombocitopenia e che richieda trattamento con almeno una delle seguenti terapie: emo-trasfusioni, terapie con agenti stimolanti del midollo, agenti immuno-soppressivi o trapianto di midollo osseo.

Cirrosi epatica
Marcata compromissione della funzionalità epatica determinata da patologia epatica cronica, caratterizzata dalla formazione di fibrosi nel fegato e di noduli di rigenerazione, e di ostacoli al normale rapporto fra flusso sanguigno e cellule epatiche.

Encefalite acuta
Malattia del sistema nervoso centrale, caratterizzata dall'infiammazione del parenchima cerebrale.

Innesto bypass aorto coronarico
Intervento chirurgico al cuore per correggere una o più arterie coronariche parzialmente o totalmente ostruite con innesto di un bypass.

Trapianto di organi principali
Intervento di chirurgia che prevede la sostituzione di una componente di un organismo vivente, in quanto mal funzionante, con l'omologa, funzionante. Sono coperti i trapianti dei seguenti organi principali: cuore, fegato, midollo spinale, pancreas, polmoni, rene.

*****

ALLEGATO 2 – Elenco grandi interventi

Cardiochirurgia
- interventi di cardiochirurgia a cuore aperto;
- interventi di by-pass aortocoronarico;
- Impianto pace-maker endocavitario ed eventuale riposizionamento degli elettrocateteri e programmazione elettronica;
- Impianto definitivo di defibrillatore.

Collo
- Gozzo retrosternale con mediastinotomia;
- Tiroidectomia totale per neoplasie maligne;
- Tiroidectomia allargata per neoplasie maligne;
- Timectomia per via cervicale;
- Resezione dell'esofago cervicale;
- Interventi sulle paratiroidi.

Esofago
- Operazioni sull'esofago per stenosi benigne o megaesofago;
- Operazioni sull'esofago per neoplasie maligne: resezioni parziali, basse, alte, totali;
- Esofago-plastica;
- Interventi per diverticolo esofageo;
- Intervento per varici esofagee, transtoracico o addominale;
- Intervento per varici esofagee, emostasi con sonda tamponante;
- Posizionamento di protesi endo esofagee.

Pancreas - Milza
- Interventi di necrosi acuta del pancreas;
- Interventi per cisti e pseudo cisti:
  a) enucleazioni delle cisti;
  b) marsupializzazione;
- Interventi per fistole pancreatiche;
- Interventi demolitivi sul pancreas;
  a) totale o della testa;
  b) della coda;
- Splenectomia.

Stomaco - Duodeno
- Resezione gastrica da neoplasie maligne;
- Gastrectomia totale da neoplasie maligne;
- Resezione gastro-digiunale per ulcera peptica post-anastomotica;
- Intervento per fistola gastro-digiuno- colica;
- Gastrectomia allargata da neoplasie maligne;
- Varici gastriche (emostasi).

Retto - Ano
- Interventi per neoplasie maligne effettuati per via addomino perineale;
- Proctocolectomia totale;
- Prolasso del retto, intervento per via trans-anale o per via addominale.

Peritoneo
- Exeresi di neoplasie maligne dello spazio retroperitoneale.
- Intervento per ascesso del Douglas o addominale;
- Intervento per ascesso subfrenico.

ALLEGATO 2 – Elenco grandi interventi

Fegato e vie biliari
- Resezione epatica, emi-epatectomia;
- Interventi per la ricostruzione delle vie biliari;
- Derivazioni biliodigestive;
- Interventi sulla papilla di Water;
- Interventi di anastomosi veno-venose per il trattamento della ipertensione portale.
- Intervento per ascesso o cisti;
- Intervento per echinococcosi;
- Termoablazione con radiofrequenza di tumori epatici, qualsiasi via di accesso.

Intestino
- Colectomia totale;
- Colectomia parziale da neoplasie maligne;
- Diversione biliopancreatica (terapia obesità);
- Intervento per megacolon.

Torace
- Resezioni segmentarie e lobectomia;
- Pneumonectomia;
- Interventi per fistole del moncone bronchiale dopo exeresi;
- Interventi per fistole bronchiali-cutanee;
- Pleuropneumonectomia;
- Toracectomia ampia;
- Resezione bronchiale con reimpianto;
- Timectomia per via toracica;
- Toracoplastica totale;
- Interventi per neoplasie maligne del mediastino;
- Interventi per neoplasie maligne della trachea.

Faccia e bocca
- Operazioni demolitrici per tumori del massiccio facciale con svuotamento orbitario;
- Interventi demolitivi per neoplasie maligne della lingua e del pavimento orale con svuotamento della loggia sottomascellare;
- Parotidectomia totale con resezione radicale del collo, con o senza innesto neurale;
- Trattamento chirurgico di fratture maxillo-facciali multiple.

Urologia
- Cistectomia totale o radicale;
- Nefrectomia allargata per neoplasia;
- Nefroureterectomia totale;
- Surrenalectomia.

Ginecologia
- Chirurgia radicale vulvare o utero vaginale con linfoadenectomia;
- Mastectomia radicale allargata con svuotamento linfoghiandolare della mammaria interna e del cavo ascellare.

Chirurgia del sistema nervoso
- Craniotomia per lesioni traumatiche intracerebrali;
- Interventi per deviazioni liquorale diretta e indiretta;
- Operazioni endocraniche per ascesso ed ematoma intracranici;
- Rizotomia chirurgica e micro decompressione endocranica dei nervi cranici;

ALLEGATO 2 – Elenco grandi interventi

- Anastomosi endocranica dei nervi cranici;
- Intervento sulla ipofisi per via transfenoidale;
- Asportazione di neoplasie endocraniche e trattamenti chirurgici degli aneurismi intracranici;
- Interventi per epilessia focale;
- Emisferectomia;
- Neurotomia retrogasseriana - sezione intracranica di altri nervi;
- Talamotomia - pallidotomia ed altri interventi similari;
- Asportazione di neoplasie del rachide intra ed extra midollari;
- Interventi per patologie intramidollari e per traumi vertebro-midollari con stabilizzazione chirurgica;
- Ernia del disco dorsale per via transtoracica;
- Interventi sul plesso brachiale;
- Asportazione di tumori dell'orbita.

Chirurgia vascolare
- Interventi sull'aorta e sui grossi vasi arteriosi splancnici;
- Interventi per aneurismi e by-pass dei seguenti vasi arteriosi: carotidi, vertebrale, succlavia, tronco brachiocefalico, iliache;
- Tromboendoarteriectomia della arteria carotide, della arteria vertebrale e decompressione della vertebrale nel forame trasversario;
- Trattamento chirurgico della elefantiasi degli arti.

Ortopedia e traumatologia
- Disarticolazione interscapolo toracica;
- Emipelvectomia;
- Resezione di corpi vertebrali (somatectomia) e sostituzione con cemento o trapianti;
- Resezioni del sacro;
- Osteosintesi rachidee con placche e viti transpeduncolari;
- Interventi sulle grandi articolazioni e sulle ossa lunghe per neoplasie maligne;
- Artroprotesi di anca per patologia acquisita;
- Reimpianto di un membro.

Otorino
- Laringectomia totale;
- Faringolaringectomia;
- Interventi per neurinoma dell'VIII paio;
- Operazione radicale per sinusite frontale (Operazione di Ogston-Luc);
- Operazione radicale per sinusite mascellare (operazione di Caldwell-Luc)
- Svuotamento petromastoideo.

Tutti i trapianti d'organo (anche di midollo osseo)

*****

ALLEGATO 3 – Elenco patologie Capitale da convalescenza

Definizioni

Cancro
Tumore maligno caratterizzato dalla crescita incontrollata e dalla diffusione di cellule maligne con invasione dei tessuti normali. La copertura esclude i tumori di carattere non invasivo in situ, benigni, premaligni e della pelle diversi dal melanoma invasivo maligno.
Qualora le conseguenze di uno dei tumori esclusi si concretizzassero in metastasi in organi differenti rispetto a quello colpito dalla prima manifestazione la copertura si intende operante.

Infarto miocardico acuto
Sindrome coronarica acuta che causa la morte o la necrosi di una porzione del muscolo cardiaco.

Ictus cerebro-vascolare
Emorragia od infarto cerebrale (trombosi od embolia) ad esordio brusco che produca danno neurologico sensitivo e motorio permanente. La garanzia non comprende le patologie ischemiche reversibili, ictus silente, attacchi ischemici transitori e malattie cerebrovascolari che non hanno causato emorragia od infarto in organi intracranici.

Sclerosi multipla o a placche
Malattia caratterizzata da aree di demielinizzazione cerebrale e midollare spinale.

Sclerosi Laterale Amiotrofica
Malattia degenerativa e progressiva del sistema nervoso, che colpisce selettivamente i cosiddetti neuroni di moto (motoneuroni), sia centrali - 1° motoneurone a livello della corteccia cerebrale, sia periferici - 2° motoneurone, a livello del tronco encefalico e del midollo spinale.

Morbo di Parkinson
Malattia degenerativa del sistema nervoso centrale che causa la morte delle cellule che sintetizzano e rilasciano la dopamina.

Insufficienza renale
Perdita progressiva, irreversibile e bilaterale della funzione renale, che rende necessario un trattamento sostitutivo, rappresentato dalla dialisi o dal trapianto. Non è coperta l'insufficienza renale acuta reversibile che richiede soltanto dialisi temporanea.

Anemia aplastica
Incapacità irreversibile del midollo osseo a produrre elementi figurati del sangue che comporti anemia, neutropenia e trombocitopenia e che sia trattata con almeno una delle seguenti terapie: emo-trasfusioni periodiche, terapie continuative con agenti stimolanti del midollo, agenti immuno-soppressivi o trapianto di midollo osseo.

Innesto bypass aorto coronarico
Intervento chirurgico al cuore per correggere una o più arterie coronariche parzialmente o totalmente ostruite con innesto di un bypass.

Trapianto di organi principali
Intervento di chirurgia che prevede la sostituzione di una componente di un organismo vivente, in quanto mal funzionante, con l'omologa, funzionante. Sono coperti i trapianti dei seguenti organi principali: cuore, fegato, midollo spinale, pancreas, polmoni, rene.

Cecità totale
Saranno considerati ciechi totali a seguito di infortunio o malattia - secondo quanto disposto dalla legge 3 aprile 2001, n. 138. Ministero della Salute, Art. 2: a) coloro che hanno una perdita totale ed irreversibile della vista da entrambi gli occhi; b) coloro che hanno la mera percezione dell'ombra e della luce o del moto della mano in entrambi gli occhi. c) coloro il cui residuo perimetrico binoculare è inferiore al 3%.

ALLEGATO 3 – Elenco patologie Capitale da convalescenza

Definizioni

Paralisi
Perdita completa e permanente della motilità di almeno due arti diagnosticata e dimostrata da evidenza neurologica permanente ed irreversibile.

Coma irreversibile
Perdita permanente della funzione cerebrale caratterizzata da un stato di incoscienza con ECG piatto e con esame neurologico che non dà segno di funzioni cerebrali, di risposta al dolore, privo di riflessi dei nervi cranici e di respirazione spontanea.

Alzheimer (diagnosticato prima del compimento dei 65 anni)
Malattia neurodegenerativa, progressiva ed irreversibile, che colpisce il cervello provocando un deterioramento irreversibile di tutte le funzioni cognitive superiori.

*****

Articoli di legge

1341 c.c. **Condizioni generali di contratto**

Le condizioni generali di contratto predisposte da uno dei contraenti sono efficaci nei confronti dell'altro, se al momento della conclusione del contratto questi le ha conosciute o avrebbe dovuto conoscerle usando l'ordinaria diligenza.
In ogni caso non hanno effetto, se non sono specificamente approvate per iscritto, le condizioni che stabiliscono, a favore di colui che le ha predisposte, limitazioni di responsabilità, facoltà di recedere dal contratto o di sospenderne l'esecuzione, ovvero sanciscono a carico dell'altro contraente decadenze, limitazioni alla facoltà di opporre eccezioni, restrizioni alla libertà contrattuale nei rapporti coi terzi, tacita proroga o rinnovazione del contratto, clausole compromissorie o deroghe alla competenza dell'autorità giudiziaria.

1342 c.c. **Contratto concluso mediante moduli o formulari**

Nei contratti conclusi mediante la sottoscrizione di moduli o formulari, predisposti per disciplinare in maniera uniforme determinati rapporti contrattuali, le clausole aggiunte al modulo o al formulario prevalgono su quelle del modulo o del formulario qualora siano incompatibili con esse, anche se queste ultime non sono state cancellate.
Si osserva inoltre la disposizione del secondo comma dell'articolo precedente.

1891 c.c. **Assicurazione per conto altrui o per conto di chi spetta**

Se l'assicurazione è stipulata per conto altrui o per conto di chi spetta, il contraente deve adempiere gli obblighi derivanti dal contratto, salvi quelli che per loro natura non possono essere adempiuti che dall'assicurato. I diritti derivanti dal contratto spettano all'assicurato, e il contraente, anche se in possesso della polizza, non può farli valere senza espresso consenso dell'assicurato medesimo. All'assicurato sono opponibili le eccezioni che si possono opporre al contraente in dipendenza del contratto. Per il rimborso dei premi pagati all'assicuratore e delle spese del contratto, il contraente ha privilegio sulle somme dovute dall'assicuratore nello stesso grado dei crediti per spese di conservazione.

1892 c.c. **Dichiarazioni inesatte e reticenze con dolo o colpa grave**

Le dichiarazioni inesatte e le reticenze del contraente, relative a circostanze tali che l'assicuratore non avrebbe dato il suo consenso o non lo avrebbe dato alle medesime condizioni se avesse conosciuto il vero stato delle cose, sono causa di annullamento del contratto quando il contraente ha agito con dolo o con colpa grave.
L'assicuratore decade dal diritto d'impugnare il contratto se, entro tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza, non dichiara al contraente di volere esercitare l'impugnazione.
L'assicuratore ha diritto ai premi relativi al periodo di assicurazione in corso al momento in cui ha domandato l'annullamento e, in ogni caso, al premio convenuto per il primo anno. Se il sinistro si verifica prima che sia decorso il termine indicato dal comma precedente, egli non è tenuto a pagare la somma assicurata.
Se l'assicurazione riguarda più persone o più cose, il contratto è valido per quelle persone o per quelle cose alle quali non si riferisce la dichiarazione inesatta o la reticenza.

1893 c.c. **Dichiarazioni inesatte e reticenze senza dolo o colpa grave**

Se il contraente ha agito senza dolo o colpa grave, le dichiarazioni inesatte e le reticenze non sono causa di annullamento del contratto, ma l'assicuratore può recedere dal contratto stesso, mediante dichiarazione da farsi all'assicurato nei tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza.
Se il sinistro si verifica prima che l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza sia conosciuta dall'assicuratore, o prima che questi abbia dichiarato di recedere dal contratto, la somma dovuta è ridotta in proporzione della differenza tra il premio convenuto e quello che sarebbe stato applicato se si fosse conosciuto il vero stato delle cose.

1894 c.c. **Assicurazione in nome o per conto di terzi**

Nelle assicurazioni in nome o per conto di terzi, se questi hanno conoscenza dell'inesattezza delle dichiarazioni o delle reticenze relative al rischio, si applicano a favore dell'assicuratore le disposizioni degli Artt. 1892 e 1893.

1897 c.c. **Diminuzione del rischio**

Se il contraente comunica all'assicuratore mutamenti che producono una diminuzione del rischio tale che, se fosse stata conosciuta al momento della conclusione del contratto, avrebbe portato alla stipulazione di un premio minore, l'assicuratore, a decorrere dalla scadenza del premio o della rata di premio successiva alla comunicazione suddetta, non può esigere che il minor premio, ma ha facoltà di recedere dal contratto entro due mesi dal giorno in cui è stata fatta la comunicazione.
La dichiarazione di recesso dal contratto ha effetto dopo un mese.

Articoli di legge

1901 c.c. **Mancato pagamento del premio**

Se il contraente non paga il premio o la prima rata di premio stabilita dal contratto, l'assicurazione resta sospesa fino alle ore ventiquattro del giorno in cui il contraente paga quanto è da lui dovuto.
Se alle scadenze convenute il contraente non paga i premi successivi, l'assicurazione resta sospesa dalle ore ventiquattro del quindicesimo giorno dopo quello della scadenza.
Nelle ipotesi previste dai due commi precedenti il contratto è risoluto di diritto se l'assicuratore, nel termine di sei mesi dal giorno in cui il premio o la rata sono scaduti, non agisce per la riscossione; l'assicuratore ha diritto soltanto al pagamento del premio relativo al periodo di assicurazione in corso e al rimborso delle spese. (…)

1910 c.c. **Assicurazione presso diversi assicuratori**

Se per il medesimo rischio sono contratte separatamente più assicurazioni presso diversi assicuratori, l'assicurato deve dare avviso di tutte le assicurazioni a ciascun assicuratore.
Se l'assicurato omette dolosamente di dare l'avviso, gli assicuratori non sono tenuti a pagare l'indennità.
Nel caso di sinistro, l'assicurato deve darne avviso a tutti gli assicuratori a norma dell'articolo 1913, indicando a ciascuno il nome degli altri. L'assicurato può chiedere a ciascun assicuratore l'indennità dovuta secondo il rispettivo contratto, purché le somme complessivamente riscosse non superino l'ammontare del danno.
L'assicuratore che ha pagato ha diritto di regresso contro gli altri per la ripartizione proporzionale in ragione delle indennità dovute secondo i rispettivi contratti. Se un assicuratore è insolvente, la sua quota viene ripartita fra gli altri assicuratori.

1913 c.c. **Avviso all'assicuratore in caso di sinistro**

L'assicurato deve dare avviso del sinistro all'assicuratore o all'agente autorizzato a concludere il contratto, entro tre giorni da quello in cui il sinistro si è verificato o l'assicurato ne ha avuta conoscenza. Non è necessario l'avviso, se l'assicuratore o l'agente autorizzato alla conclusione del contratto interviene entro il detto termine alle operazioni di salvataggio o di constatazione del sinistro. (…)

1916 c.c. **Diritto di surrogazione dell'assicuratore**

L'assicuratore che ha pagato l'indennità è surrogato, fino alla concorrenza dell'ammontare di essa, nei diritti dell'assicurato verso i terzi responsabili. Salvo il caso di dolo, la surrogazione non ha luogo se il danno è causato dai figli, dagli affiliati, dagli ascendenti, da altri parenti o da affini dell'assicurato stabilmente con lui conviventi o da domestici. L'assicurato è responsabile verso l'assicuratore del pregiudizio arrecato al diritto di surrogazione. Le disposizioni di questo articolo si applicano anche alle assicurazioni contro gli infortuni sul lavoro e contro le disgrazie accidentali.

2952 c.c. **Prescrizione in materia di assicurazione**

Il diritto al pagamento delle rate di premio si prescrive in un anno dalle singole scadenze. Gli altri diritti derivanti dal contratto di assicurazione e dal contratto di riassicurazione si prescrivono in due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda.
Nell'assicurazione della responsabilità civile, il termine decorre dal giorno in cui il terzo ha richiesto il risarcimento all'assicurato o ha promosso contro di questo l'azione. La comunicazione all'assicuratore della richiesta del terzo danneggiato o dell'azione da questo proposta sospende il corso della prescrizione finché il credito del danneggiato non sia divenuto liquido ed esigibile oppure il diritto del terzo danneggiato non sia prescritto. La disposizione del comma precedente si applica all'azione del riassicurato verso il riassicuratore per il pagamento dell'indennità.

*****

INFORMATIVA GENERALE SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

AXA Assicurazioni rispetta le persone con le quali entra in contatto e tratta con cura i dati personali che utilizza per lo svolgimento delle proprie attività. A conferma di questo impegno e per dare esecuzione alle norme che tutelano il trattamento dei dati personali forniamo qui di seguito le informazioni essenziali che permettono di esercitare in modo agevole e consapevole i diritti previsti dalla vigente normativa.

A) Trattamento dei suoi dati personali per finalità assicurative[1]

Per svolgere adeguatamente le attività necessarie alla gestione del rapporto assicurativo a lei riferito, in qualità di cliente o potenziale cliente, la nostra Società (di seguito anche "AXA") ha la necessità di disporre di dati personali, comuni, sensibili[2] e giudiziari, a lei riferiti (dati ancora da acquisire, alcuni dei quali ci debbono essere forniti da lei o da terzi per obbligo di legge[3], e/o dati già acquisiti, forniti da lei o da altri soggetti[4], anche mediante la consultazione di banche dati) e deve trattarli nel quadro delle finalità assicurative.

In particolare useremo i suoi dati per fornire servizi e prodotti assicurativi della Compagnia nell'ambito delle seguenti attività, indicate a titolo esemplificativo e non esaustivo:

- quotazione, preventivi, predisposizione, stipulazione di polizze assicurative ed esecuzione degli obblighi dalle stesse derivanti; raccolta dei premi; liquidazione dei sinistri, pagamento o esecuzione di altre prestazioni;
- riassicurazione e coassicurazione;
- prevenzione e individuazione delle frodi assicurative e relative azioni legali; esercizio o difesa di diritti dell'assicurazione;
- adempimento di altri specifici obblighi di legge o contrattuali;
- analisi di nuovi mercati assicurativi o prodotti o servizi;
- gestione e controllo interno;
- attività statistiche, anche a fini di tariffazione;
- valutazione inerente eventuali finanziamenti per il pagamento del premio;
- attività antifrode con screening delle informazioni pubbliche, tra cui quelle raccolte tramite siti web e social media;
- utilizzo dei dati in forma anonima per attività di analisi e statistiche di mercato;
- utilizzo dei dati rilevati mediante l'eventuale l'utilizzo di strumenti che rilevano la dinamica di guida (cd "Black Box") per la gestione del rapporto contrattuale e definire le politiche tariffarie della Compagnia;
- servizi di monitoraggio dei parametri delle condizioni generali del cliente rispetto al suo benessere fisico, ad eventi inerenti l'abitazione o comunque inerenti alla gestione di servizi assicurativi;
- valutazione delle condizioni che permettono di definire la prosecuzione di un rapporto assicurativo in essere ed il rinnovo di una polizza in scadenza.

I dati forniti potranno essere utilizzati per la consultazione di banche dati legittimamente accessibili, quali i sistemi di informazioni creditizie, utili per determinare la tariffa applicabile e per verificare il possesso di requisiti specifici richiesti dalle compagnie per l'accesso ad ulteriori prodotti, ad agevolazioni e vantaggi.

---

[1] La "finalità assicurativa" richiede, che i dati siano trattati necessariamente per: predisposizione, stipulazione di polizze assicurative ed esecuzione degli obblighi dalle stesse derivati; raccolta dei premi; liquidazione dei sinistri, pagamento o esecuzione di altre prestazioni; riassicurazione; coassicurazione; prevenzione e individuazione delle frodi assicurative e relative azioni legali; esercizio o difesa di diritti dell'assicurazione; adempimento di altri specifici obblighi di legge o contrattuali; analisi di nuovi mercati assicurativi o prodotti o servizi; gestione e controllo interno; attività statistiche.

[2] I dati sensibili (definiti dalla normativa come "categorie particolari di dati") sono quelli che rivelano l'origine razziale o etnica, le opinioni politiche, le convinzioni religiose o filosofiche, o l'appartenenza sindacale, i dati genetici, i dati biometrici intesi a identificare in modo univoco una persona fisica, i dati relativi alla salute o alla vita sessuale o all'orientamento sessuale della persona.

[3] Ad esempio, ai sensi della normativa contro il riciclaggio.

[4] Ad esempio: altri soggetti inerenti al rapporto che la riguarda (contraenti di assicurazioni in cui lei risulti assicurato, beneficiario ecc.; coobbligati); altri operatori assicurativi (quali agenti, broker di assicurazione, imprese di assicurazione ecc.); soggetti che, per soddisfare le sue richieste (quali una copertura assicurativa, la liquidazione di un sinistro ecc.), forniscono informazioni creditizie e commerciali; organismi associativi e consortili propri del settore assicurativo altri soggetti pubblici

A tali fini, non è richiesto il suo consenso per il trattamento dei suoi dati non sensibili strettamente necessari per la fornitura dei suddetti servizi e/o prodotti assicurativi e/o prestazioni da parte di AXA e di terzi a cui tali dati saranno comunicati[5].

Viceversa il consenso è richiesto per il trattamento dei dati inerenti essenzialmente la sua salute e comunque quelli rientranti nell'ambito dei cosiddetti dati sensibili. Il consenso che le chiediamo riguarda quindi il trattamento degli eventuali dati sensibili il cui utilizzo sarà strettamente inerente alla fornitura dei servizi, e/o prodotti assicurativi e/o delle prestazioni citate il cui trattamento è ammesso dalle autorizzazioni di carattere generale rilasciate dal Garante per la protezione dei dati personali. Inoltre, esclusivamente per le finalità sopra indicate e sempre limitatamente a quanto di stretta competenza in relazione allo specifico rapporto intercorrente tra lei e AXA, secondo i casi, i suoi dati possono o debbono essere comunicati ad altri soggetti del settore assicurativo o di natura pubblica che operano - in Italia o all'estero - come autonomi titolari, soggetti tutti così costituenti la c.d. "catena assicurativa"[6], in parte anche in funzione meramente organizzativa.

Il consenso che le chiediamo riguarda, pertanto, anche gli specifici trattamenti e le comunicazioni all'interno della "catena assicurativa" effettuati dai predetti soggetti.

Precisiamo che senza i suoi dati non saremo in grado di fornirle, le prestazioni, i servizi e/o i prodotti assicurativi citati. Quindi, in relazione a questa specifica finalità, **il suo consenso è il presupposto necessario per lo svolgimento del rapporto assicurativo.**

Potremo, inoltre, utilizzare i dati di recapito che abbiamo ricevuto per inviarle comunicazioni di servizio strumentali per la gestione del rapporto assicurativo. Tenga quindi conto che in mancanza dei suoi dati di recapito non ci sarà possibile contattarla tempestivamente per fornirle informazioni utili in relazione al rapporto contrattuale e ad altre comunicazioni di servizio.

Base giuridica del trattamento: per la finalità assicurativa sopra descritta la base giuridica che legittima il trattamento è la necessità di disporre di dati personali per l'esecuzione di un contratto di cui l'interessato è parte o all'esecuzione di misure precontrattuali adottate su richiesta dello stesso. Ulteriore base giuridica che legittima l'utilizzo dei dati per tale finalità è la necessità di disporre di dati personali per adempiere un obbligo legale al quale è soggetto il titolare del trattamento. Infine il trattamento è necessario per il perseguimento del legittimo interesse del titolare del trattamento a svolgere l'attività assicurativa.

B) Trattamento dei dati personali comuni per attività commerciali e di marketing

Inoltre, per migliorare i nostri servizi ed i nostri prodotti e per informarla sulle novità e le opportunità che potrebbero essere di suo interesse, le chiediamo di consentirci l'utilizzo dei suoi dati personali non sensibili. Tutto ciò avverrà nel rispetto della normativa in materia di protezione dei dati, e pertanto non utilizzeremo dati sensibili[7] per tali finalità.

Se Lei fornirà liberamente gli specifici consensi richiesti per queste finalità, saremo in grado di proporle le attività qui di seguito elencate:

- comprendere quali sono i Suoi bisogni ed esigenze e le Sue opinioni sui nostri prodotti e servizi;
- effettuare analisi sulla qualità dei nostri servizi;

---

[5] I dati possono essere comunicati a taluni dei seguenti soggetti: società del Gruppo a cui appartiene AXA (controllanti, controllate e collegate, anche indirettamente, ai sensi delle vigenti disposizioni di legge); società specializzate per informazione e promozione commerciale, per ricerche di mercato e per indagini sulla qualità dei servizi e sulla soddisfazione dei clienti; assicuratori, coassicuratori; agenti, subagenti, mediatori di assicurazione e di riassicurazione, produttori ed altri canali di acquisizione e gestione di contratti di assicurazione; banche, Società di Gestione del Risparmio, SIM

[6] La cd. catena assicurativa è il complesso tessuto di rapporti contrattuali tra le imprese di assicurazioni e numerosi soggetti (persone fisiche e giuridiche, operanti in Italia e all'estero) con i quali cooperano nel gestire un medesimo rischio assicurativo (es. società del Gruppo (controllanti, controllate e collegate, anche indirettamente); altri assicuratori, coassicuratori; agenti, subagenti, mediatori di assicurazione e di riassicurazione, produttori ed altri canali di acquisizione e gestione di contratti di assicurazione; banche, Società di Gestione del Risparmio, SIM, legali; periti; medici; autofficine, enti pubblici o associazioni di categoria – Per maggiori dettagli vedi la sezione Modalità di uso dei dati). Tale pluralità di rapporti è peculiare dell'attività assicurativa e necessario per la gestione dei servizi assicurativi che si articola fisiologicamente in una pluralità di "fasi" (dalla c.d. fase assuntiva a quella liquidativa) che possono interessare i soggetti appartenenti alla catena assicurativa, i quali devono necessariamente trattare i dati personali di diversi interessati (contraente, assicurato, beneficiario e, a certe condizioni, terzo danneggiato), taluni dei quali possono non entrare direttamente in contatto con l'assicurazione in sede di conclusione del contratto.

[7] Cfr. nota 2

- attivare iniziative dedicate alla raccolta di informazioni, allo scopo di migliorare la nostra offerta per Lei;
- realizzare ricerche di mercato;
- effettuare indagini statistiche;
- proporLe prodotti e servizi che possano essere di Suo interesse;
- inviarLe comunicazioni promozionali e farla partecipare ad iniziative di marketing (quali ad esempio Programmi fedeltà, Concorsi o operazioni a Premio, Campagne Promozionali) mediante i canali di comunicazione accessibili tramite i dati di recapito a lei riferiti (quali posta, posta elettronica, telefono, fax, sms, mms, social media);
- comunicarLe novità e opportunità relative a prodotti e/o servizi sia di società appartenenti al Gruppo AXA sia di società esterne partner di AXA o che collaborano con essa;
- tenere conto dei dati generati nel caso lei utilizzi strumenti che permettano la rilevazione della sua posizione nel territorio.

In particolare potremo provvedere alle seguenti attività:

- invio di materiale pubblicitario,
- vendita diretta,
- compimento di ricerche di mercato,
- comunicazione commerciale di prodotti della singola Compagnia e/o delle società del Gruppo AXA Italia;
- inviti ad eventi istituzionali del Gruppo AXA.

Il consenso che le chiediamo è facoltativo. In mancanza, non vi sono effetti sull'erogazione dei servizi assicurativi, ma non potrà conoscere le nostre offerte, né partecipare alle iniziative sopra indicate.

Precisiamo inoltre che in caso di suo consenso potremo inviarle messaggi utilizzando sia strumenti tradizionali (posta e telefono) sia strumenti automatici (posta elettronica, sms, mms, fax, social media ed altri servizi di messaggistica e di comunicazione telematica) e tramite l'area web riservata, l'app a Sua disposizione, fermo restando che lei ha in ogni momento la possibilità di limitare l'effetto del suo consenso solo ad uno degli strumenti di comunicazione sopra indicati.

Potremo inoltre provvedere, sempre con il suo consenso, all'invio di materiale pubblicitario, effettuare attività di vendita diretta, compiere ricerche di mercato e comunicarle novità in merito ai prodotti e servizi forniti dai partner del nostro Gruppo.

Precisiamo che le attività di comunicazione e marketing sopra descritte potranno essere realizzate da AXA, da società appartenenti allo stesso Gruppo e dai suoi agenti e collaboratori, i quali agiranno quali responsabili ed incaricati nominati dal Titolare.

Base giuridica del trattamento: per la finalità commerciale e di marketing sopra descritta la base giuridica che legittima il trattamento è la manifestazione del consenso dell'interessato al trattamento dei propri dati personali per tale specifica finalità

Modalità d' uso dei suoi dati personali

I Suoi dati personali sono trattati da AXA[8] - titolare del trattamento - solo con modalità, strettamente necessarie per fornirLe le prestazioni, i servizi e/o prodotti assicurativi richiesti o previsti in Suo favore, ovvero, qualora vi abbia acconsentito, per ricerche di mercato, indagini statistiche, attività promozionali; sono utilizzate le medesime modalità e procedure anche quando i dati vengono comunicati per gli stessi fini ai soggetti già indicati nella presente informativa, i quali a loro volta sono impegnati a trattarli usando solo modalità e procedure strettamente necessarie per le specifiche finalità indicate nella presente informativa.

Destinatari (a chi e dove sono comunicati i dati)

[8] Il trattamento può comportare le operazioni di raccolta, registrazione, organizzazione, conservazione, elaborazione, modificazione, selezione, estrazione, raffronto, utilizzo, interconnessione, blocco, comunicazione, cancellazione, distruzione di dati; è invece esclusa l'operazione di diffusione di dati.

In AXA, i dati sono trattati da dipendenti e collaboratori nell'ambito delle rispettive funzioni e in conformità alle istruzioni ricevute, per il conseguimento delle specifiche finalità indicate nella presente informativa; lo stesso avviene presso i soggetti già indicati nella presente informativa a cui i dati vengono comunicati.

In particolare, secondo il particolare rapporto assicurativo, i dati possono essere comunicati a taluni dei seguenti soggetti:

- assicuratori, coassicuratori e riassicuratori; agenti, subagenti, mediatori di assicurazione e di riassicurazione, produttori ed altri canali di acquisizione e gestione di contratti di assicurazione; banche, Società di Gestione del Risparmio, SIM; legali; periti; medici; autofficine; centri di demolizione di autoveicoli;
- società di servizi per il quietanzamento; società di servizi a cui siano affidati la gestione, la liquidazione ed il pagamento dei sinistri, tra cui centrale operativa di assistenza, società di consulenza, cliniche convenzionate; società di servizi informatici e telematici o di archiviazione; società di servizi postali (per trasmissione, imbustamento, trasporto e smistamento delle comunicazioni alla clientela); società di revisione e di consulenza; società che gestiscono sistemi di informazioni creditizie ai sensi del Codice deontologico di cui all'allegato A.5 del Codice privacy; società di informazione commerciale per rischi finanziari ai sensi del Codice deontologico di cui all'allegato A.7 del Codice privacy; società di servizi per il controllo delle frodi ed il monitoraggio delle attività di distribuzione; società di recupero crediti; società che possono verificare l'accessibilità a finanziamenti per il pagamento dei premi. Si precisa che il titolare fornirà alle società che gestiscono sistemi di informazione creditizie e sistemi di informazione commerciale per rischi commerciali esclusivamente i dati personali necessari per la consultazione dei dati di tali sistemi;
- società del Gruppo a cui appartiene la nostra Società (controllanti, controllate o collegate, anche indirettamente, ai sensi delle vigenti disposizioni di legge);
- ANIA (Associazione Nazionale fra le Imprese Assicuratrici); organismi associativi e consortili propri del settore assicurativo: Concordato Cauzione Credito 1994, Pool Italiano per l'Assicurazione dei Rischi Atomici, Pool per l'Assicurazione R.C. Inquinamento, Consorzio per la Convenzione Indennizzo Diretto (CID), Ufficio Centrale Italiano (UCI S.c.ar.l.), Comitato delle Compagnie di Assicurazioni Marittime in Genova, Comitato delle Compagnie di Assicurazione Marittime in Roma, Comitato delle Compagnie di Assicurazioni Marittime in Trieste, ANADI (Accordo Imbarcazioni e Navi da Diporto), SIC (Sindacato Italiano Corpi), Consorzio Italiano per l'Assicurazione Vita dei Rischi Tarati (CIRT), Pool Italiano per la Previdenza Assicurativa degli Handicappati; CONSAP (Concessionaria Servizi Assicurativi Pubblici); ISVAP (Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni Private e di Interesse Collettivo) oggi IVASS (Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni); nonché altri soggetti, quali: UIC (Ufficio Italiano dei Cambi); Casellario Centrale Infortuni; Ministero delle infrastrutture - Motorizzazione civile e dei trasporti in concessione; CONSOB (Commissione Nazionale per le Società e la Borsa); COVIP (Commissione di vigilanza sui fondi pensione); Ministero del lavoro e della previdenza sociale; Enti gestori di assicurazioni sociali obbligatorie, quali INPS, INPDAI, INPGI, ecc.; Ministero dell'economia e delle finanze - Anagrafe tributaria; Consorzi agricole di difesa dalla grandine e da altri eventi naturali; Magistratura; Forze dell'ordine (P.S.; C.C.; G.d.F.; VV.FF; VV.UU); altri soggetti o banche dati nei confronti dei quali la comunicazione dei dati è obbligatoria.

Per talune attività utilizziamo soggetti di nostra fiducia - operanti talvolta anche al di fuori dell'Unione Europea - che svolgono per nostro conto compiti di natura tecnica, organizzativa o gestionale; lo stesso fanno anche i soggetti già indicati nella presente informativa a cui i dati vengono comunicati. In ogni caso il **trasferimento dei dati fuori dall'Unione Europea** avverrà sulla base delle ipotesi previste dalla vigente normativa, tra cui l'utilizzo di regole aziendali vincolanti (cd. BCR – Binding Corporate Rules) per i trasferimenti all'interno del Gruppo AXA, l'applicazione di clausole contrattuali standard definite dalla Commissione Europea per i trasferimenti verso società non appartenenti al Gruppo AXA o la verifica della presenza di un giudizio di adeguatezza del sistema di protezione dei dati personali del Paese importatore dei dati.

Resta inteso che il Titolare potrà agire anche avvalendosi di società esterne specializzate, nonché di società di servizi informatici, telematici, di archiviazione e postali cui vengono affidati compiti di natura tecnica od organizzativa. Tali soggetti terzi agiranno attenendosi alle istruzioni e alle procedure di sicurezza che AXA avrà definito per tutelare pienamente la sua riservatezza.

Questi soggetti, a sua tutela, svolgeranno la funzione di "responsabile" o di "incaricato" del trattamento dei suoi dati oppure, ove la legge lo consenta, operano come distinti "titolari" del trattamento. Il consenso che le chiediamo

riguarda pertanto anche l'attività di tali soggetti.

I Suoi dati personali saranno utilizzati solo con modalità e procedure strettamente necessarie per effettuare le attività suddette e non verranno diffusi.

Tempo di conservazione dei dati: I dati vengono conservati per tutto il tempo necessario alla gestione del rapporto con l'interessato, fermo restando che decorsi 10 anni dalla cessazione del rapporto con il cliente si procede alla cancellazione dei dati. Per le attività di marketing in caso di manifestazione dei consensi opzionali richiesti, i dati raccolti saranno conservati per il tempo necessario coerente con le finalità di marketing (e comunque per non più di 24 mesi dalla cessazione del rapporto) e nel rispetto della correttezza e del bilanciamento fra legittimo interesse del Titolare e diritti e libertà dell'interessato.

I Suoi diritti e contatti: Lei ha il diritto di conoscere chi sono i responsabili del trattamento, accedere ai Suoi dati, farli aggiornare, integrare, rettificare o cancellare, di chiederne la limitazione e di opporsi al loro trattamento nei casi previsti dalla legge, proporre reclamo al Garante per la protezione dei dati personali e, a far data dal 25 Maggio 2018, di richiedere la portabilità dei dati e far valere il diritto all'oblio.

Per l'esercizio dei Suoi diritti, Lei può rivolgersi ad AXA Assicurazioni S.p.A. - Corso Como 17 – c.a. Data Protection Officer – 20154 Milano (MI) - e-mail: privacy@axa.it.

Per maggiori informazioni, si invita a visitare la sezione privacy del sito web www.axa.it

INFORMATIVA PRIVACY SULL'USO DEI DATI BIOMETRICI CONNESSI ALLA FIRMA GRAFOMETRICA

La informiamo, inoltre, circa le modalità di trattamento dei Suoi dati biometrici (nel seguito anche "Dati") connessi all'utilizzo del servizio di "Firma Grafometrica" a cui potrà liberamente aderire.

Tale informativa integra l'informativa generale sul trattamento dei dati personali sopra riportata.

I Dati da Lei gentilmente forniti saranno trattati da AXA Assicurazioni S.p.A. (nel seguito "AXA") mediante registrazione elettronica e verranno utilizzati secondo le finalità e con le modalità indicate nel documento che le spiega le caratteristiche del servizio (disponibile anche online nel sito di AXA) e, in particolare, per:

- garantire o aumentare la sicurezza nei processi di sottoscrizione di documenti;
- contribuire, attraverso le garanzie di autenticità, non ripudio e integrità dei documenti sottoscritti elettronicamente, a conferire maggiore certezza nei rapporti giuridici con Lei intercorrenti e ridurre il rischio di sostituzioni di persona e di frodi;
- ottemperare agli obblighi previsti dalla legge, dai regolamenti e/o dalla normativa comunitaria ed internazionale.

Il conferimento dei dati biometrici per le suddette finalità è facoltativo e un eventuale rifiuto al rilascio dei Dati o del consenso da parte Sua non comporta pregiudizio alcuno. L'unica conseguenza sarà l'impossibilità per AXA di erogare il servizio richiesto e di consentire l'utilizzo del sistema di firma grafometrica. Nei casi di mancanza di consenso al trattamento del Dati, è stata prevista come misura alternativa la sottoscrizione dei documenti con firma tradizionale autografa su supporto cartaceo. La successiva revoca del consenso al trattamento dei Dati necessari per l'utilizzo del sistema di firma grafometrica determinerà la disattivazione del servizio stesso.

Base giuridica del trattamento: per la finalità sopra descritta la base giuridica che legittima il trattamento è la manifestazione del consenso dell'interessato al trattamento dei propri dati personali per tale specifica finalità.

I Dati saranno trattati mediante strumenti informatici e telematici con logiche strettamente connesse alle finalità

sopra indicate e comunque nel rispetto delle disposizioni di legge[9].

I Dati, in forma sempre criptata, saranno conservati presso AXA e/o presso le società appositamente nominate Responsabili esterne del trattamento dei dati nell'ambito delle attività di archiviazione e conservazione a norma dei documenti firmati elettronicamente.

I Dati raccolti saranno trattati altresì da:

a) società di servizi anche facenti parte del Gruppo AXA, in qualità di Responsabile del "Sistema di Conservazione" e di Responsabile esterno del trattamento;
b) società delegate per la realizzazione materiale dei servizi di conservazione digitale a norma ("Conservatore") e in qualità di Responsabile esterno del trattamento.

In ogni caso il trattamento dei Dati che La riguardano avverrà con logiche strettamente correlate alle finalità suddette e sarà improntato ai principi di correttezza, liceità, trasparenza e avverrà con modalità idonee a garantirne la sicurezza e la riservatezza. I Dati, infatti, saranno trattati con sistema di cifratura e saranno inaccessibili al personale e agli addetti alla manutenzione, essendo previsto un particolare procedimento per decifrarli.

Lei ha il diritto di ottenere la conferma accedere ai Suoi dati, farli aggiornare, integrare, rettificare o cancellare, di chiederne la limitazione e di opporsi al loro trattamento nei casi previsti dalla legge, proporre reclamo al Garante per la protezione dei dati personali e, a far data dal 25 Maggio 2018, di richiedere la portabilità dei dati e far valere il diritto all'oblio.

Per l'esercizio dei Suoi diritti, Lei può rivolgersi ad AXA Assicurazioni S.p.A. - Corso Como 17 – c.a. Data Protection Officer – 20154 Milano (MI) - e-mail: privacy@axa.it**.**

INFORMATIVA SULL'USO DELLE TECNICHE DI COMUNICAZIONE A DISTANZA PER LE INFORMAZIONI PRECONTRATTUALI E LA GESTIONE DEI CONTRATTI ASSICURATIVI

In conformità alla vigente normativa assicurativa, incluse le previsioni del Regolamento ISVAP n. 35/2010 e del Regolamento IVASS n° 8/2015, abbiamo necessità di raccogliere il suo consenso ad inviarle, in formato elettronico ed al contatto di recapito indicato in anagrafica, la documentazione e le comunicazioni, precontrattuali e contrattuali, previste dalla normativa e funzionali alla gestione dei servizi che ci richiede.

In mancanza di tale consenso le invieremo tali comunicazioni obbligatorie in formato cartaceo.

Tale consenso fa riferimento a tutti i contratti stipulati con la nostra Compagnia e potrà da lei essere revocato liberamente in qualsiasi momento.

In tal caso potranno esserle addebitati gli oneri connessi alla stampa e all'eventuale trasmissione della documentazione in formato cartaceo.

[9] Provvedimento generale prescrittivo in tema di biometria, emesso dal Garante per la protezione dei dati personali il 12 novembre 2014

PAGINA BIANCA

axa.it

Il presente fascicolo è aggiornato alla data del 16 luglio 2018.

AXA Assicurazioni S.p.A. - Sede Legale e Direzione Generale: Corso Como 17, 20154 Milano - Italia
Tel. (+39) 02 480841 - Fax (+39) 02 48084331 - PEC: axaassicurazioni@axa.legalmail.it

Capitale Sociale € 211.168.625 interamente versato - Ufficio del Registro delle Imprese di Milano C. F. e P. I.V.A. n. 00902170018 - Numero R.E.A. della C.C.I.A.A. di Milano n. 1576311 - Direzione e coordinamento di AXA MEDITERRANEAN HOLDING SAU ai sensi dell'art. 2497 bis C.C. - Iscrizione Albo Imprese IVASS n. 1.00025 - Capogruppo del gruppo assicurativo AXA ITALIA iscritto all'Albo Gruppi IVASS con il n. 041 - Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con Decreto del Ministero dell'industria, del commercio e dell'artigianato del 31 dicembre 1935 - (Gazzetta Ufficiale del 9 aprile 1936 n. 83)

Mod. 9135 – ed. luglio 2018 – stampa 06/2018 – CAL