

Assicurazione malattia e/o infortuni collettiva per le aziende

Documento informativo precontrattuale aggiuntivo per i prodotti assicurativi danni (DIP aggiuntivo Danni)

Impresa: AXA Assicurazioni S.p.A.

Prodotto: "Welfare Aziende"



Data ultima edizione: febbraio 2024

Il presente documento contiene informazioni aggiuntive e complementari rispetto a quelle contenute nel documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi danni (DIP Danni), per aiutare il potenziale Contraente a capire più nel dettaglio le caratteristiche del prodotto, gli obblighi contrattuali e la situazione patrimoniale dell'impresa.

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

AXA ASSICURAZIONI S.p.A., è iscritta all'Albo delle Imprese di assicurazione IVASS con il n.1.00025, con Sede Legale e Direzione Generale: Corso Como, 17 - 20154 Milano - Italia.

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; PEC: axaassicurazioni@axa.legalmail.it

AXA ASSICURAZIONI S.p.A., 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 è Capogruppo del gruppo assicurativo AXA ITALIA iscritto all'Albo Gruppi IVASS con il n. 041 ed è stata autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa con D.M. del 31.12.1935 (Gazzetta Ufficiale del 9 aprile 1936 n. 83).

Il patrimonio netto di AXA Assicurazioni S.p.A., riferito all'ultimo bilancio approvato (esercizio 2022), ammonta a € 724 milioni di cui € 232 milioni di capitale sociale interamente versato e € 492 milioni di riserve patrimoniali, compreso il risultato di esercizio e gli utili portati a nuovo. Il solvency ratio al 31 dicembre 2022, 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 210% post dividendo prevedibile.

Per informazioni patrimoniali sulla società (relazione sulla solvibilità e sulla condizione finanziaria dell'impresa) è possibile consultare il sito: www.axa.it

Al contratto si applica la legge italiana.



Che cosa è assicurato?

FORMULA PERSONALIZZATA

Welfare Aziende prevede tre sezioni di garanzie: Infortuni, Malattia e Assistenza.

La formula personalizzata del prodotto è modulare ed è strutturata con un'ampia gamma di garanzie definite come base, quindi obbligatorie, e una gamma di garanzie accessorie.

	Sezione Infortuni	Sezione Malattia	Sezione Assistenza
GARANZIE BASE. Per la sezione Infortuni, è necessario acquistare entrambe le garanzie base.	Morte Invalidità permanente	Ricoveri, interventi o day hospital <i>oppure</i> Grandi interventi chirurgici <i>oppure</i> Gravi malattie	Sempre inclusa, a scelta tra Prima Assistenza e Assistenza 360
GARANZIE ACCESSORIE. Garanzie a scelta dell'assicurato vendibili solo in abbinamento ad una tra le garanzie base della relativa sezione.	Rimborso spese mediche	Accertamenti diagnostici e analisi strumentali	
	Diaria da ricovero	Visite e analisi di laboratorio	
	Diaria da gessatura	Trattamenti fisioterapici e riabilitativi	
		Cure odontoiatriche	
		Cure odontoiatriche e ortodontiche	
		Lenti e occhiali	
	Pacchetto maternità		
	Checkup		

Le coperture assicurative sono operanti se richiamate in Polizza ed è stato pagato il relativo premio.
L'ampiezza dell'impegno della Compagnia è rapportata ai massimali e alle somme assicurate concordate con il contraente.

SEZIONE MALATTIA	
OPZIONI CON RIDUZIONE DEL PREMIO	Qualora venisse selezionata l'opzione integrativa ad uno dei seguenti Fondi di assistenza sanitaria – FASI, FASDAC, QUAS – è possibile ottenere una riduzione del premio. La copertura ad integrazione del FASI, FASDAC, QUAS deve in ogni caso essere richiesta alla Società per approvazione preventiva.
Garanzie Base	Non ci sono maggiori informazioni rispetto a quelle presenti nel DIP.
Garanzie Accessorie/ Opzionali	<ul style="list-style-type: none"> • Accertamenti diagnostici e analisi strumentali: Rimborso delle spese mediche sostenute per accertamenti diagnostici, analisi strumentali (es. TAC, RMN, ecc.) e terapie ambulatoriali da neoplasie. • Visite e analisi di laboratorio: Rimborso delle spese mediche sostenute per visite mediche, esami ed analisi di laboratorio. • Trattamenti fisioterapici e riabilitativi: Rimborso delle spese per trattamenti fisioterapici resi necessari da malattia o infortunio. • Cure odontoiatriche: Rimborso delle spese sostenute per cure odontoiatriche (escluse ortodontiche), compresi gli interventi di implantologia. • Cure odontoiatriche e ortodontiche: Rimborso delle spese sostenute per cure odontoiatriche e ortodontiche, compresi gli interventi di implantologia. • Lenti e occhiali: Rimborso delle spese sostenute per l'acquisto di lenti correttive, occhiali o di lenti a contatto in caso di prima prescrizione o di modifica visus. • Pacchetto maternità: Rimborso delle spese mediche sostenute per visite, accertamenti, esami relativi alla gravidanza. • Check up: Prestazioni di prevenzione fruibili presso strutture convenzionate.
SEZIONE INFORTUNI	
Garanzie Base	Non ci sono maggiori informazioni rispetto a quelle presenti nel DIP.
Garanzie Accessorie/ Opzionali	<ul style="list-style-type: none"> • Rimborso spese di cura da infortunio: Corresponsione di un rimborso, fino al massimale assicurato previsto in polizza, delle spese di cura sostenute dall'assicurato conseguenti ad un infortunio. • Diaria da ricovero: Corresponsione della diaria assicurata prevista in polizza se l'infortunio ha come conseguenza un ricovero o un day surgery. • Diaria da gessatura o traumi: Corresponsione della diaria assicurata prevista in polizza se l'infortunio ha come conseguenza l'applicazione di gessatura, interventi di osteosintesi o fratture non ingessabili
Estensioni sempre operanti della Sezione Infortuni	<ul style="list-style-type: none"> • Rischio volo: Copertura degli infortuni durante i viaggi aerei in qualità di passeggero. • Malattie professionali: Estensione della copertura assicurativa alle malattie professionali. • Rimborso spese per danni estetici: Rimborso delle spese per cure ed interventi volti a ridurre il danno estetico conseguente ad un infortunio. • Ernie traumatiche o da sforzo: Estensione della copertura assicurativa alle ernie traumatiche o da sforzo. • Rotture sottocutanee di tendini: Estensione della copertura assicurativa alle rotture sottocutanee di tendini. • Eventi naturali catastrofici: Estensione della copertura assicurativa a terremoti, inondazioni ed eruzioni vulcaniche. • Rischio di guerra: Estensione della copertura assicurativa agli infortuni derivanti da stato di guerra.
SEZIONE ASSISTENZA	
Prima Assistenza	Non ci sono maggiori informazioni rispetto a quelle presenti nel DIP.
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, consulenza nutrizionista, second opinion, trattamento professionale di estetica oncologica.

FORMULA A PACCHETTI

Welfare Aziende, in alternativa alla formula personalizzata, prevede la possibilità di selezionare, secondo le proprie esigenze, pacchetti standardizzati con livelli crescenti di copertura.
I pacchetti includono coperture Malattia e Assistenza.

PACCHETTO REGULAR	<ul style="list-style-type: none"> • Grandi interventi chirurgici o, <u>in alternativa</u>, Gravi Malattie • Trattamenti fisioterapici e riabilitativi • Cure odontoiatriche ○ Prima Assistenza
PACCHETTO MEDIUM	<ul style="list-style-type: none"> • Grandi interventi chirurgici o, <u>in alternativa</u>, Gravi Malattie • Trattamenti fisioterapici e riabilitativi • Cure odontoiatriche • Accertamenti diagnostici e analisi strumentali • Pacchetto maternità • Check up ○ Assistenza 360
PACCHETTO LARGE	<ul style="list-style-type: none"> • Grandi interventi chirurgici o, <u>in alternativa</u>, Gravi Malattie • Trattamenti fisioterapici e riabilitativi • Cure odontoiatriche • Accertamenti diagnostici e analisi strumentali • Pacchetto maternità • Check up • Visite e analisi di laboratorio ○ Assistenza 360
PACCHETTO PREMIUM	<ul style="list-style-type: none"> • Ricoveri, interventi e day hospital • Trattamenti fisioterapici e riabilitativi • Cure odontoiatriche • Accertamenti diagnostici e analisi strumentali • Pacchetto maternità • Check up • Visite e analisi di laboratorio • Lenti e occhiali ○ Assistenza 360
PACCHETTO INTEGRATIVO FONDO EST	<ul style="list-style-type: none"> • Ricoveri, interventi e day hospital • Cure odontoiatriche • Accertamenti diagnostici e analisi strumentali • Visite e analisi di laboratorio • Lenti e occhiali



Che cosa NON è assicurato?

Rischi esclusi (Sez. Malattia)	<p>Esclusioni valide per la Sezione Malattia</p> <p>Ad integrazione di quanto riportato nel DIP, sono altresì esclusi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 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.); 2. le conseguenze di movimenti tellurici, inondazioni ed eruzioni vulcaniche; 3. le conseguenze di guerre (dichiarate o non dichiarate), insurrezioni, (salvo quanto previsto dall'estensione "Rischio guerra"); 4. le conseguenze di qualsiasi atto di terrorismo, di tumulti popolari, atti violenti od aggressioni, cui l'Assicurato abbia preso parte attiva; 5. le spese non direttamente inerenti alla cura o all'intervento, quali ad esempio spese per telefonate, televisione, bar, ristorante e simili 6. gli infortuni avvenuti durante la guida di veicoli causati da crisi epilettiche dell'Assicurato;
---------------------------------------	--

	<ol style="list-style-type: none"> 7. 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; 8. le prestazioni necessarie a seguito di lesioni auto-inflitte, tentato suicidio, imprese temerarie, salvo il caso di atti compiuti dall'Assicurato per dovere di solidarietà umana o per legittima difesa 9. le prestazioni non effettuate da Istituti di Cura, Centri Medici o Medici Specialisti, ad eccezione di quelle infermieristiche e fisioterapiche; 10. le prestazioni non corredate dall'indicazione della diagnosi, nonché quelle finalizzate alla prevenzione delle patologie per familiarità o predisposizione genetica; 11. le degenze dovute alla necessità dell'Assicurato, dopo essere divenuto permanentemente non più autosufficiente, di avere assistenza di terzi per effettuare gli atti elementari della vita quotidiana, nonché i ricoveri per lungodegenza, quando le degenze ed i ricoveri siano resi necessari prevalentemente da misure di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento; 12. l'aborto volontario non terapeutico; 13. 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 e salvo quanto previsto dalla copertura - "Cure odontoiatriche e ortodontiche" (qualora operante) 14. la cura di intossicazioni conseguenti ad abuso di alcoolici o ad uso non terapeutico di psicofarmaci, di stupefacenti o di allucinogeni; 15. le prestazioni sanitarie e le cure per infertilità, sterilità maschile e femminile, fecondazione assistita e simili, impotenza; 16. gli accertamenti diagnostici, la psicoterapia, le terapie mediche e quelle chirurgiche legati all'identità sessuale; 17. i disordini alimentari (anoressia, bulimia, sindrome da alimentazione incontrollata) e qualsiasi cura resa necessaria di questi disturbi, gli interventi di chirurgia bariatrica finalizzata alla cura dell'obesità ad eccezione dei casi di obesità di III° grado (Indice di Massa Corporea uguale o superiore a 40); 18. le prestazioni sanitarie e le cure fitoterapiche, idropiniche, dietetiche e termali (salvo per queste ultime quanto previsto dalla copertura - "Ricoveri, interventi, day hospital"); 19. i trattamenti terapeutici di agopuntura, salvo quelli effettuati da personale medico durante il ricovero; 20. le visite e gli accertamenti in gravidanza salvo quanto previsto dalle coperture "Pacchetto maternità" e "Ricoveri, interventi e day hospital" (qualora operanti); 21. la correzione dei vizi di rifrazione (miopia, astigmatismo, ipermetropia e presbiopia), se non previste in polizza; 22. le prestazioni sanitarie, le applicazioni, le cure e gli interventi di carattere estetico salvo gli interventi a scopo ricostruttivo; 23. le protesi dentarie nonché le prestazioni e le cure odontoiatriche ed ortodontiche (comprese le parodontopatie) - salvo quanto previsto dalle coperture "Ricoveri, Interventi e day hospital", "Grandi interventi chirurgici", "Gravi malattie", "Visite e analisi di laboratorio", "Cure odontoiatriche" e "Cure odontoiatriche e ortodontiche", qualora operanti; 24. le spese relative a prestazioni di routine e/o controllo (salvo quanto previsto dalla copertura "Check up"), i vaccini, le prestazioni di medicina generale e pediatrica di routine; 25. lenti ed occhiali, se non previste in polizza, e lenti usa e getta; 26. i ricoveri effettuati allo scopo di praticare check up clinici (ricoveri impropri); 27. protesi e presidi ortopedici, apparecchi acustici, salvo le endoprotesi ed apparecchi terapeutici in caso di ricovero con intervento o day surgery o intervento chirurgico ambulatoriale
<p>Rischi esclusi (Sez. Infortuni)</p>	<p>Esclusioni valide per la Sezione Infortuni</p> <p>Sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni causati:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. dalla guida o uso anche come passeggero di mezzi di locomozione aerei, compresi deltaplani e ultraleggeri, salvo quanto previsto dall'estensione "Rischio volo";

	<ol style="list-style-type: none"> 2. dalla guida di qualsiasi veicolo o natante a motore, se l'Assicurato è privo dell'abilitazione prescritta dalle disposizioni vigenti, salvo il caso di guida con patente scaduta, ma a condizione che l'Assicurato abbia, al momento di sinistro, i requisiti per il rinnovo; 3. dalla pratica di: pugilato, arti marziali, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme, alpinismo con scalata di difficoltà superiore al 3° grado della scala di Monaco, free climbing, skeleton, velocità pura su sci, sci estremo, football americano, rugby, hockey, discese su rapide con qualsiasi mezzo, regate o traversate in alto mare effettuate solitariamente, bungee jumping, salti dal trampolino con sci od idrosci nonché sci acrobatico, immersioni con autorespiratore, speleologia, bob o guidoslitta su pista specifica, Kitesurf, snow-kite, sport aerei in genere quali a puro titolo esemplificativo deltaplani, velivoli ultraleggeri, paracadutismo, parapendio; 4. dalla pratica di qualsiasi sport esercitato professionalmente; 5. dalla partecipazione a competizioni e relative prove ippiche, calcistiche, ciclistiche, di pallavolo, palla-canestro, pallamano, triathlon e duathlon svolte sotto l'egida delle competenti Federazioni o di Enti di promozione sportiva, in qualità di tesserati; 6. da ubriachezza dell'Assicurato, da abuso di psicofarmaci, dall'uso di stupefacenti o allucinogeni; 7. da azioni delittuose compiute o tentate dall'Assicurato, intendendosi invece compresi quelli sofferti in conseguenza di imprudenza, imperizia o negligenza anche gravi; 8. da atti commessi volontariamente dall'Assicurato contro la sua persona o da lui consentiti; 9. dall'uso, anche come passeggero, di veicoli o natanti a motore in competizioni non di regolarità pura e nelle relative prove; 10. da movimenti tellurici, inondazioni ed eruzioni vulcaniche; 11. da guerra (dichiarata o non dichiarata) od insurrezioni; 12. da trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.); <p>Sono inoltre escluse:</p> <ol style="list-style-type: none"> 13. le ernie e le rotture sottocutanee di tendini; 14. le conseguenze dell'infortunio che si concretizzano nella sindrome da immunodeficienza acquisita (A.I.D.S), nella sieropositività da HIV e nelle sindromi ad esse correlate; 15. le prestazioni sanitarie non riconosciute dalla medicina ufficiale nonché quelle non effettuate da medici o paramedici abilitati all'esercizio dell'attività professionale; 16. le cure odontoiatriche ed ortodontiche salvo quanto previsto dalla garanzia "Rimborso spese di cura da infortunio"; 17. le conseguenze di operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche non resi necessari da infortunio; 18. gli infarti da qualsiasi causa.
<p>Rischi esclusi (Sez. Assistenza)</p>	<p>Esclusioni valide per la Sezione Assistenza</p> <p>Le prestazioni di assistenza garantiscono le persone assicurate nei casi di malattia o infortunio, ferme restando le esclusioni previste nelle sezioni Malattia e Infortuni.</p> <p>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.</p> <p>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.</p>

 Ci sono limiti di copertura?	
<p>Limiti di copertura Formula personalizzata Sezione Malattia</p>	<p>Ad integrazione di quanto riportato nel DIP, sono altresì previsti i seguenti limiti di copertura:</p> <p>1) Ricoveri, interventi e day hospital: AXA rimborsa all'Assicurato le spese sostenute:</p>

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

- 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 hospital/day surgery o dell'intervento chirurgico ambulatoriale (nei limiti indicati nella polizza) purché inerenti la malattia o l'infortunio che hanno determinato il successivo ricovero o intervento chirurgico.

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

- rette di degenza senza alcuna limitazione giornaliera per i ricoveri effettuati in forma diretta (deve essere compresa sia la struttura sanitaria che l'equipe medica); fino a € 300,00 per tutti gli altri ricoveri effettuati non in forma diretta. Non sono mai ricomprese le spese voluttuarie. Nel caso in cui sia assicurata la sola categoria "Amministratori" con massimale per ricoveri, interventi e day hospital a 5.000.000€, le rette di degenze sono prestate senza alcuna limitazione giornaliera.
- rette per vitto e pernottamento nell'istituto di cura di un accompagnatore fino a € 100,00 al giorno con il massimo di 40 giorni. Nel caso in cui sia assicurata la sola categoria "Amministratori" con massimale per ricoveri, interventi e day hospital a 5.000.000€, le rette di per vitto e pernottamento di un accompagnatore sono prestate senza alcuna limitazione giornaliera.
- neonati e feto: in caso di parto indennizzabile a termini di polizza, sono indennizzate 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.

Qualora l'Assicurato non abbia richiesto ad AXA alcun rimborso relativo a spese "Durante il ricovero con/senza intervento" o "Durante il day hospital/day surgery", AXA corrisponde, per ogni giorno di ricovero un'indennità sostitutiva pari a € 140,00 al giorno e per ogni giorno di day hospital/day surgery, un'indennità sostitutiva pari a € 70,00 al giorno, per il massimo di 120 giorni per anno assicurativo.

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

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.

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

- acquisto o noleggio, fino ad un massimo di € 550,00 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), di parrucca a seguito di terapie chemioterapiche;
 - di apparecchiature fisioterapiche purché prescritte da medico specialista.

Le prestazioni garantite dalla presente garanzia sono soggette ai seguenti limiti di indennizzo per evento:

- parto fisiologico fino a € 3.000,00 (senza applicazione di scoperti o franchigie).
- parto con taglio cesareo e per l'aborto terapeutico fino a € 6.500,00 (senza applicazione di scoperti o franchigie).
- chirurgia refrattiva fino a € 1.500,00 per occhio (senza applicazione di scoperti o franchigie): la copertura è estesa all'intervento chirurgico per miopia, astigmatismo e ipermetropia purché conseguente a riduzione del visus di almeno 4 diottrie;
- le prestazioni relative al trasporto dell'Assicurato sono operanti con il limite di € 3.000,00 (senza applicazione di scoperti o franchigie). Il predetto limite di € 3.000,00 non si applica agli amministratori quando unica categoria assicurata con massimale per ricoveri, interventi e day hospital a 5.000.000€;
- € 6.500,00 per ernie (salvo quelle discali), appendiciti, varici ed emorroidi;
- € 12.000,00 per ernie discali.

Fermi i limiti di indennizzo previsti, il rimborso delle spese sarà effettuato con l'applicazione di uno scoperto del 20% e con un minimo di € 1.600,00. Tale scoperto non si applica:

- alle spese sostenute, previa autorizzazione della Centrale Operativa, presso strutture e medici convenzionati;

- alle spese sostenute nell'ambito dell'opzione massimale di € 5.000.000 per la sola categoria amministratori.

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

Per la sola Opzione con massimale di € 100.000,00

Nel caso la garanzia sia valida nella forma con massimale di € 100.000,00, non sono operanti le prestazioni effettuate prima del ricovero e dopo il ricovero. Il limite giornaliero per le rette di degenza (punto e) per ricoveri effettuati non in forma diretta è € 200,00. Non sono mai comprese le spese voluttuarie.

Qualora l'Assicurato non abbia richiesto ad AXA alcun rimborso relativo a spese "Durante il ricovero con/senza intervento" o "Durante il day hospital/day surgery, l'indennità sostitutiva sarà operante con i seguenti importi: per ogni giorno di ricovero sarà corrisposta un'indennità sostitutiva pari a € 100,00 al giorno e per ogni giorno di day hospital/day surgery, un'indennità sostitutiva pari a € 50,00 al giorno, per il massimo di 120 giorni per anno assicurativo.

Il limite di indennizzo per il parto fisiologico sarà € 1.000,00 (senza applicazione di scoperti o franchigie) e per il parto con taglio cesareo e per l'aborto terapeutico il limite di indennizzo sarà € 2.000,00 (senza applicazione di scoperti o franchigie).

Fermi i limiti di indennizzo previsti, il rimborso delle spese sarà effettuato con l'applicazione di uno scoperto del 20% e con un minimo di € 1.600,00 sia in forma diretta che indiretta.

2) Grandi interventi chirurgici

AXA rimborsa all'Assicurato le spese sostenute:

PRIMA del ricovero per grande intervento chirurgico:

- 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 (nei limiti indicati nella polizza) purché inerenti la malattia o l'infortunio che hanno determinato il successivo ricovero o intervento chirurgico
- 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.

DURANTE il ricovero per grande intervento chirurgico:

- rette di degenza senza alcuna limitazione giornaliera per i ricoveri effettuati in forma diretta (deve essere compresa sia la struttura sanitaria che l'equipe medica); fino a € 300,00 per tutti gli altri ricoveri effettuati non in forma diretta. Non sono mai ricomprese le spese voluttuarie. Nel caso in cui sia assicurata la sola categoria "Amministratori" con massimale per ricoveri, interventi e day hospital a € 5.000.000, le rette di degenze sono prestate senza alcuna limitazione giornaliera.

La retta di degenza verrà rimborsata solo in caso di ricovero con intervento o day surgery;

- rette per vitto e pernottamento nell'istituto di cura di un accompagnatore fino a € 100,00 al giorno con il massimo di 40 giorni. Nel caso in cui sia assicurata la sola categoria "Amministratori" con massimale per ricoveri, interventi e day hospital a 5.000.000, le rette di per vitto e pernottamento di un accompagnatore sono prestate senza alcuna limitazione giornaliera.
- 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 anno assicurativo;
 - fino a concorrenza di € 8.000,00 per anno assicurativo e col limite di € 5.000 per persona (limiti validi per gli amministratori quando unica categoria assicurata con massimale per ricoveri, interventi e day hospital a 5.000.000€);

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 intervento" o "Durante il day surgery", AXA corrisponde, per ogni giorno di ricovero un'indennità sostitutiva pari a € 200,00 al giorno e per ogni giorno di day surgery, un'indennità sostitutiva pari a € 100,00 al giorno, per il massimo di 120 giorni per anno assicurativo.

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

DOPO il ricovero per grande intervento chirurgico:

- visite specialistiche, accertamenti diagnostici (compresi gli onorari medici), esami ed analisi di laboratorio, prestazioni mediche, chirurgiche, prestazioni infermieristiche, medicinali, trattamenti fisioterapici o rieducativi, cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera) effettuati nei 120 giorni successivi (entro i limiti riportati in polizza) alla cessazione del ricovero con 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.

- acquisto o noleggio, fino ad un massimo di € 550,00 per anno assicurativo, effettuati nei 120 giorni successivi alla cessazione del ricovero con 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), di parrucca a seguito di terapie chemioterapiche;
 - di apparecchiature fisioterapiche purché prescritte da medico specialista.

Le prestazioni sono soggette ai seguenti limiti di indennizzo per evento:

- le prestazioni relative al trasporto dell'Assicurato sono operanti con il limite di € 3.000,00 (senza applicazione di scoperti o franchigie). Il predetto limite non si applica agli amministratori quando unica categoria assicurata con massimale per ricoveri, interventi e day hospital a € 5.000.000.

Fermi i limiti di indennizzo previsti, il rimborso delle spese sarà effettuato senza l'applicazione di scoperti e minimi sia in regime di diretta sia in caso di indiretta/rimborso.

3) Gravi malattie

AXA rimborsa all'Assicurato le spese sostenute:

PRIMA del ricovero per grave malattia:

- 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 (nei limiti indicati nella polizza) purché inerenti la malattia o l'infortunio che hanno determinato il successivo ricovero o intervento chirurgico.

DURANTE il ricovero per grave malattia:

- rette di degenza senza alcuna limitazione giornaliera per i ricoveri effettuati in forma diretta (deve essere compresa sia la struttura sanitaria che l'equipe medica); fino a € 300,00 per tutti gli altri ricoveri effettuati non in forma diretta. Non sono mai ricomprese le spese voluttuarie. Nel caso in cui sia assicurata la sola categoria "Amministratori" con massimale per ricoveri, interventi e day hospital a € 5.000.000, le rette di degenze sono prestate senza alcuna limitazione giornaliera.

La retta di degenza verrà rimborsata solo in caso di ricovero con intervento o day surgery;

- rette per vitto e pernottamento nell'istituto di cura di un accompagnatore fino a € 100,00 al giorno con il massimo di 40 giorni. Nel caso in cui sia assicurata la sola categoria "Amministratori" con massimale per ricoveri, interventi e day hospital a 5.000.000, le rette di per vitto e pernottamento di un accompagnatore sono prestate senza alcuna limitazione giornaliera.
- 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 anno assicurativo;
 - fino a concorrenza di € 8.000,00 per anno assicurativo e col limite di € 5.000 per persona (limiti validi per gli amministratori quando unica categoria assicurata con massimale per ricoveri, interventi e day hospital a 5.000.000€);

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 intervento" o "Durante il day surgery", AXA corrisponde, per ogni giorno di ricovero un'indennità sostitutiva pari a € 140,00 al giorno e per ogni giorno di day surgery, un'indennità sostitutiva pari a € 70,00 al giorno, per il massimo di 120 giorni per anno assicurativo.

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

DOPO il ricovero per grave malattia:

- visite specialistiche, accertamenti diagnostici (compresi gli onorari medici), esami ed analisi di laboratorio, prestazioni mediche, chirurgiche, prestazioni infermieristiche, medicinali, trattamenti fisioterapici o rieducativi, cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera) effettuati nei 120 giorni successivi (entro i limiti riportati in polizza) alla cessazione del ricovero con 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.
- acquisto o noleggio, **fino ad un massimo di € 1.500,00** per anno assicurativo, effettuati nei **120 giorni** successivi alla cessazione del ricovero con 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), di parrucca a seguito di terapie chemioterapiche;
- di apparecchiature fisioterapiche purché prescritte da medico specialista.

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

- le prestazioni relative al trasporto dell'Assicurato sono operanti con il limite di € 3.000,00 (senza applicazione di scoperti o franchigie). Il predetto limite non si applica agli amministratori quando unica categoria assicurata con massimale per ricoveri, interventi e day hospital a € 5.000.000.

Fermi i limiti di indennizzo previsti, il rimborso delle spese sarà effettuato senza l'applicazione di scoperti e minimi sia in regime di diretta sia in caso di indiretta/rimborso.

4) Accertamenti diagnostici e analisi strumentali

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.

Qualora l'Assicurato, previa autorizzazione della Centrale Operativa, si rivolga ad un istituto di cura o centro diagnostico convenzionato con AXA attivando la forma diretta, verrà applicato a carico dell'Assicurato uno scoperto del 10% con il minimo di € 25,00.

5) Visite e analisi di laboratorio

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:

- l'insieme delle visite mediche inviate contemporaneamente relative alla stessa patologia;
- ogni serie di analisi di laboratorio prescritti dal medico curante congrui con la patologia certificata

Qualora l'Assicurato, previa autorizzazione della Centrale Operativa, si rivolga ad un istituto di cura o centro diagnostico convenzionato con AXA attivando la forma diretta, verrà applicato a carico dell'Assicurato uno scoperto del 10% con il minimo di € 25,00.

6) Trattamenti fisioterapici e riabilitativi (resi necessari da malattia e infortuni)

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 ciclo di trattamenti previsti da un'unica prescrizione medica.

Qualora l'Assicurato, previa autorizzazione della Centrale Operativa, si rivolga ad un istituto di cura o centro diagnostico convenzionato con AXA, verrà applicato a carico dell'Assicurato uno scoperto del 10% con il minimo di € 25,00 per ogni ciclo di trattamenti previsti da un'unica prescrizione medica.

7) Cure odontoiatriche (rese necessarie da malattia)

<i>Massimale</i>	<i>Condizioni</i>
€ 300,00	Franchigia € 50,00 per fattura
€ 600,00	Franchigia € 100,00 per fattura
€ 1.000,00	Franchigia € 150,00 per fattura
€ 2.000,00	Franchigia € 150,00 per fattura
€ 3.000,00	Franchigia € 150,00 per fattura

8) Cure odontoiatriche e ortodontiche (rese necessarie da malattia)

<i>Massimale</i>	<i>Condizioni</i>
€ 300,00	Franchigia € 50,00 per fattura
€ 600,00	Franchigia € 100,00 per fattura
€ 1.000,00	Franchigia € 150,00 per fattura
€ 2.000,00	Franchigia € 150,00 per fattura
€ 3.000,00	Franchigia € 150,00 per fattura

9) Lenti e occhiali

La garanzia è operante nel caso di modifica del visus o di prima prescrizione, purché certificate da medico oculista o da ottico optometrista. AXA provvederà al rimborso delle

	<p>spese sostenute con l'applicazione di una franchigia di € 50,00 per ogni documento di spesa (fattura/ricevuta fiscale).</p> <p>10) Pacchetto Maternità La garanzia prevede il rimborso degli accertamenti diagnostici, esami di laboratorio e visite specialistiche nel corso della gravidanza. AXA provvederà al rimborso delle spese sostenute con applicazione di uno scoperto del 10% e una franchigia di € 50,00 per fattura.</p> <p>11) Check up L'assicurato che abbia compiuto 30 anni potrà eseguire ogni due anni un check up di prevenzione, in un'unica soluzione. <u>OPZIONE 1:</u> L'assicurato può attivare a sua scelta una volta ogni due anni solo uno (1) dei 5 pacchetti. <u>OPZIONE 2:</u> L'assicurato può attivare a sua scelta una volta ogni due anni fino a due (2) dei 5 pacchetti.</p> <p>12) Assicurazione in forma integrativa Qualora sia attivata un'opzione in forma integrativa, la copertura si intende prestata ad integrazione del FASI, FASDAC, QUAS per i quali deve in ogni caso essere richiesta alla Compagnia l'approvazione preventiva. L'Assicurato ha l'obbligo di richiedere preventivamente al Fondo il rimborso delle spese sanitarie sostenute. <u>Integrativa FASI/FASDAC</u> Gli scoperti e le franchigie previste dalle singole garanzie non saranno operanti per la parte di spese non sostenute dai predetti Enti. Resta intesa che qualora gli Assicurati non fruiscono, per qualsiasi motivo, di dette prestazioni, le spese dagli stessi effettivamente sostenute e documentate, verranno rimborsate con uno scoperto del 25%. <u>Integrativa QUAS per l'Iscritto al Fondo QUAS</u> Gli scoperti e le franchigie previsti dalle singole garanzie non saranno operanti per la parte di spese non sostenute dal predetto Ente. Resta intesa, che qualora gli Assicurati non fruiscono per qualsiasi motivo di detta prestazione, le spese dagli stessi sostenute e documentate verranno rimborsate con una detrazione del 25%. <u>Integrativa QUAS per i componenti del nucleo familiare</u> La presente assicurazione si intende prestata in forma completa, nei termini previsti dalla polizza, pertanto con l'applicazione di franchigie e scoperti previsti dalle singole garanzie di polizza.</p> <p>Termini di aspettativa Nel contratto non sono previsti termini di aspettativa (carenze).</p>
<p>Limiti di copertura Formula a pacchetti Sezione Malattia</p>	<p>Ad integrazione di quanto riportato nel DIP, sono altresì previsti i seguenti limiti di copertura:</p> <p style="text-align: center;"><u>PACCHETTO REGULAR</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Grandi interventi chirurgici o Gravi malattie: non si applicano scoperti o franchigie 2) Trattamenti fisioterapici e riabilitativi: scoperto 20%, franchigia minima di € 150,00 per ciclo di trattamenti 3) Cure odontoiatriche: scoperto 20%, franchigia minima di € 50,00 per fattura <p style="text-align: center;"><u>PACCHETTO MEDIUM</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Grandi interventi chirurgici o Gravi malattie: non si applicano scoperti o franchigie 2) Trattamenti fisioterapici e riabilitativi: scoperto 20%, franchigia minima di € 150,00 per ciclo di trattamenti 3) Cure odontoiatriche: scoperto 20%, franchigia minima di € 100,00 per fattura 4) Accertamenti diagnostici e analisi strumentali: Scoperto 20% con franchigia minima di € 50,00 per fattura 5) Pacchetto Maternità: scoperto 10% con franchigia minima di € 50,00 per fattura 6) Check up: Opzione 1 <p style="text-align: center;"><u>PACCHETTO LARGE</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Grandi interventi chirurgici o Gravi malattie: non si applicano scoperti o franchigie 2) Trattamenti fisioterapici e riabilitativi: scoperto 20%, franchigia minima di € 100,00 per ciclo di trattamenti 3) Cure odontoiatriche: scoperto 20%, franchigia minima di € 150,00 per fattura 4) Accertamenti diagnostici e analisi strumentali: Scoperto 20% con franchigia minima di € 50,00 per fattura

	<p>5) Pacchetto Maternità: scoperto 10% con franchigia minima di € 50,00 per fattura</p> <p>6) Check up: Opzione 1</p> <p>7) Visite e analisi di laboratorio: Scoperto 20% con franchigia minima di € 50,00 per fattura</p> <p style="text-align: center;"><u>PACCHETTO PREMIUM</u></p> <p>1) Ricoveri, interventi e day hospital: Forma diretta: non si applicano scoperti e/o franchigie. Forma indiretta: scoperto del 20% con minimo di € 2.500,00 e massimo di € 10.000,00</p> <p>2) Trattamenti fisioterapici e riabilitativi: scoperto 20%, franchigia minima di € 100,00 per ciclo di trattamenti</p> <p>3) Cure odontoiatriche: scoperto 20%, franchigia minima di € 150,00 per fattura</p> <p>4) Accertamenti diagnostici e analisi strumentali: Scoperto 20% con franchigia minima di € 50,00 per fattura</p> <p>5) Pacchetto Maternità: scoperto 10% con franchigia minima di € 50,00 per fattura</p> <p>6) Check up: Opzione 1</p> <p>7) Visite e analisi di laboratorio: Scoperto 20% con franchigia minima di € 50,00 per fattura</p> <p>8) Lenti e occhiali: franchigia minima di 50€ per fattura</p>
<p>Limiti di copertura Sezione Infortuni</p>	<p>1) Morte AXA garantisce l'indennizzo per il caso di morte se la stessa si verifica entro 2 anni dal giorno dell'infortunio, anche successivamente alla scadenza della polizza</p> <p>2) Maggiorazione dell'indennizzo in caso di commorienza dei genitori Il massimo esborso a carico di AXA per detto indennizzo supplementare non potrà superare, globalmente, l'importo di € 150.000,00 anche in caso di più polizze infortuni stipulate con AXA.</p> <p>3) Invalidità permanente AXA corrisponde l'indennizzo per invalidità permanente se questa si verifica entro 2 anni dal giorno dell'infortunio, anche successivamente alla data di scadenza della polizza Relativamente ai postumi di trauma distorsivo cervicale con contrattura muscolare e limitazione dei movimenti del capo e del collo, l'indennizzo verrà effettuato facendo riferimento ad un valore massimo fissato nel 2 %. Franchigia Invalidità Permanente A parziale deroga dell'art. 21 - "Invalidità Permanente", l'indennizzo verrà calcolato con l'applicazione delle franchigie indicate in polizza. Le opzioni previste dalla presente garanzia sono:</p> <ul style="list-style-type: none"> • franchigia 0%; • franchigia 3% (franchigia relativa 10%) - la franchigia non trova applicazione nel caso di invalidità permanente accertata di grado pari o superiore al 10%; • franchigia 3% (franchigia relativa 15%) - (la franchigia non trova applicazione nel caso di invalidità permanente accertata di grado pari o superiore al 15%). <p>4) Rimborso spese di cura da infortunio AXA rimborsa all'Assicurato le seguenti spese sostenute nei 360 giorni successivi alla data del sinistro, purché effettuate durante la validità del contratto e se inerenti all'infortunio denunciato:</p> <ol style="list-style-type: none"> a) visite mediche, analisi ed esami strumentali e di laboratorio; b) Le spese dentarie sono rimborsate, limitatamente alle conseguenze dirette ed esclusive dell'infortunio, purché lo stesso sia documentato da referto di pronto soccorso o di ricovero; c) Relativamente all'applicazione di protesi dentarie (comprese il costo di quest'ultime) la garanzia è prestata fino alla concorrenza di € 5.000,00 per sinistro e per anno assicurativo; d) onorari del chirurgo, dell'aiuto dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento, diritti di sala operatoria e materiale d'intervento. In caso di intervento chirurgico per la rimozione di mezzi di sintesi il limite di 360 giorni viene elevato a 720 giorni; e) cure e medicinali sostenute durante il ricovero e nei 90 giorni successivi all'intervento chirurgico o alla cessazione del ricovero; f) acquisto o noleggio, previa prescrizione medica, di stampelle, tutori ed altri apparecchi ortopedici, fino ad un massimo di € 500,00, effettuati nei 90 giorni successivi al sinistro; g) trasporto sanitario dell'Assicurato stesso, con qualsiasi mezzo sanitariamente attrezzato, compreso l'elisoccorso, all'istituto di cura, per il trasferimento da un istituto di cura ad un altro e da qui al suo domicilio, con il limite di € 2.000,00 per sinistro, effettuato nei 90 giorni successivi al sinistro. <p>Il rimborso di quanto previsto al presente articolo viene effettuato fino alla concorrenza dell'80% delle spese effettivamente sostenute, restando il rimanente 20% a carico dell'Assicurato con il minimo di € 100,00, per sinistro e per persona. Il suindicato scoperto non si applica in caso di sinistro che abbia comportato un ricovero, un intervento chirurgico od un'invalidità permanente accertata ad eccezione del rimborso delle</p>

	<p>spese dentarie sulle quali opera sempre lo scoperto del 20% con l'applicazione del minimo di € 100,00, per sinistro e per persona.</p> <p>5) Diaria da ricovero In caso di ricovero dell'Assicurato in istituto di cura, reso necessario da infortunio indennizzabile a termini di polizza, AXA corrisponde, a partire dal giorno successivo al ricovero, la diaria indicata in polizza per ogni giorno di ricovero documentato da cartella clinica, con il massimo di 365 giorni per sinistro.</p> <p>6) Diaria da gessatura o traumi In caso l'Assicurato sia soggetto a gessatura, a seguito di infortunio indennizzabile a termini del presente contratto, AXA corrisponde la diaria indicata in polizza, 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. In caso l'Assicurato riporti la frattura delle costole, dello sterno, del bacino, del cranio e/o delle vertebre, radio-graficamente accertata e non comportante gessatura, a seguito di infortunio indennizzabile a termini di polizza, AXA corrisponde, la diaria prevista in polizza per un periodo massimo di:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 10 giorni per la frattura di costole e/o dello sterno; • 40 giorni per la frattura del bacino, del cranio e/o di vertebre. <p>In caso l'Assicurato sia soggetto ad intervento di osteosintesi, a seguito di infortunio indennizzabile a termini del presente contratto, AXA corrisponde la diaria indicata in polizza 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. In caso di applicazione del collare di Schanz o assimilabili, per traumi distorsivi al rachide cervicale senza lesione mio-capsulo-legamentosa-scheletrica documentata da accertamenti strumentali, la diaria sarà corrisposta per un periodo massimo di 10 giorni per sinistro. In caso di applicazione del collare di Schanz o assimilabili, per traumi distorsivi al rachide cervicale senza lesione mio-capsulo-legamentosa-scheletrica documentata da accertamenti strumentali, la diaria sarà corrisposta per un periodo massimo di 10 giorni per sinistro.</p>
<p>Limiti di copertura Sezione Estensioni Infortuni</p>	<p>1) Rischio volo Nel caso di evento che colpisca più Assicurati con AXA l'esborso massimo di quest'ultima non potrà comunque superare l'importo di € 10.000.000,00.</p> <p>2) Rimborso spese per danni estetici L'importo massimo previsto per il rimborso spese è pari a € 2.500,00.</p> <p>3) Rotture sottocutanee di tendini Nel caso l'infortunio denunciato comporti la rottura di uno o più tendini AXA riconosce per:</p> <ul style="list-style-type: none"> • l'Invalidità permanente un indennizzo forfettario pari al 2% del capitale assicurato per Invalidità Permanente da infortunio, con il massimo di € 5.000,00, senza tener conto delle franchigie previste; • il Rimborso spese di cura un massimale di € 1.000,00
<p>Limiti di copertura valide per la Sezione Assistenza (Pacchetti e Personalizzata)</p>	<p>1) Prima Assistenza</p> <ul style="list-style-type: none"> • Trasporto sanitario: limite di € 5.000,00 per sinistro; • Interprete all'estero: entro un limite di 8 ore lavorative per Assicurato e anno assicurativo; • Prolungamento soggiorno dei familiari per ricovero dell'Assicurato: spese di pernottamento €80,00 per notte e per persona e €1.000,00 per sinistro. <p>2) Assistenza 360</p> <ul style="list-style-type: none"> • Trasporto sanitario: limite di € 5.000,00 per sinistro; • Prolungamento soggiorno dei familiari per ricovero dell'Assicurato: spese di pernottamento €80,00 per notte e per persona e €1.000,00 per sinistro; • Consegna del farmaco: 2 consegne all'anno; • Assistenza professionale e pratica a massimale a consumo: Massimale di € 2.500,00 per Assicurato e per sinistro, fino a un massimo di 3 sinistri per Assicurato e per anno assicurativo; • Consulenze psicologica e nutrizionistica 1 volta per Assicurato e anno assicurativo; • Consulenza cardiologica ortopedica e ginecologica 5 prestazioni per Assicurato e per anno assicurativo; • Promemoria della terapia post ricovero: un massimo di 14 giorni per sinistro, decorrenti dalla data della richiesta di attivazione del servizio, e per un massimo di 2 sinistri all'anno. Assistenza professionale e pratica fino a un massimo di 3 sinistri per assicurato e per anno assicurativo.



Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?

<p>Cosa fare in caso di sinistro?</p>	<p style="text-align: center;">SEZIONE MALATTIA</p> <p>Denuncia di sinistro: In caso di sinistro l'Assicurato dovrà rivolgersi all'Agenzia cui è assegnata la polizza o accedere all'Area Salute disponibile nella app My AXA e nell'Area Clienti del sito axa.it e</p>
--	--

lamiasalute.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 canali:

Area Salute disponibile nella app **My AXA** e nell'**Area Clienti** del sito axa.it e lamiasalute.axa.it

Numero Verde 800.085.559 per chiamate dall'Italia

Numero +39.06.45.202.137 per chiamate dall'Estero

Servizio telefonico disponibile dal lunedì al venerdì dalle 9.00 alle 19.00 e il sabato dalle 9.00 alle 13.00.

La denuncia deve essere corredata dalla documentazione medica richiesta, completa di certificazioni mediche con patologia sospetta o accertata, delle copie o degli originali delle 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, ai sensi dell'Informativa sulla Privacy e successive modifiche. Le spese relative ai certificati medici e ad ogni altra documentazione medica richiesta sono a carico dell'Assicurato.

SEZIONE INFORTUNI

Denuncia di sinistro:

in caso di sinistro, il Contraente, l'Assicurato o altro soggetto per conto dei medesimi, deve darne avviso scritto all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza oppure ad AXA entro 3 giorni da quando ne ha avuto conoscenza o possibilità ai sensi dell'art. 1913 del Codice Civile.

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

La denuncia dell'infortunio deve contenere l'indicazione del luogo, giorno, ora e causa dell'evento e deve essere corredata da certificazione medica.

L'Assicurato od i suoi famigliari devono far pervenire ad AXA le informazioni relative al decorso delle lesioni, fornendo anche copia delle cartelle cliniche complete e dei certificati medici in copia od originale che prescrivono: la convalescenza ed il relativo eventuale prolungamento, la gessatura e la sua rimozione, delle prescrizioni per prestazioni mediche con la presunta patologia e/o la relativa diagnosi, delle copie o degli originali delle notule, fatture o ricevute quietanzate ed di ogni altro documento ritenuto da AXA attinente alla valutazione ed alla liquidazione del sinistro.

AXA si riserva di richiedere all'Assicurato la produzione del giustificativo esclusivamente in originale.

L'Assicurato od i suoi famigliari devono consentire le indagini e gli accertamenti necessari nonché, su richiesta di AXA, sottoporsi agli eventuali accertamenti e controlli medici disposti dai 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 196/03 e successive modifiche.

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

Assistenza diretta/in convenzione:

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.

Gestione da parte di altre imprese:

I servizi di assistenza devono essere richiesti tramite:

1. **l'Area Salute** disponibile nella app **My AXA** e nell'**Area Clienti** del sito axa.it e lamiasalute.axa.it
2. Contattando telefonicamente AXA Assistance:
 - Numero Verde **800.27.13.43** per chiamate **dall'Italia**

	<ul style="list-style-type: none"> - Numero +39.06.42.11.55.05 per chiamate dall'Estero - Fax +39.06.47.43.262 <p>Per rendere più rapido ed efficace l'intervento, prima di contattare AXA Assistance, si invita a prendere nota dei seguenti dati:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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. <p>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.</p> <p>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.</p>
	<p>Prescrizione:</p> <p>I diritti derivanti dal presente contratto di assicurazione si prescrivono dopo due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda.</p>
Dichiarazioni inesatte o reticenti	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 del Codice Civile.
Obblighi dell'impresa assicuratrice	<p>AXA verificata l'operatività della garanzia, ricevuta la documentazione relativa al sinistro e compiuti gli accertamenti del caso, si impegna a formulare all'assicurato un' offerta o a comunicargli i motivi per cui non ritiene di formularla entro 90 giorni a decorrere dalla data di completamento della istruttoria da parte di AXA; si impegna altresì a pagare all'assicurato la somma offerta entro 15 dalla data in cui è venuta a conoscenza della sua accettazione, laddove non sussistano motivi ostativi.</p> <p>AXA restituirà gli eventuali originali ricevuti.</p> <p>Qualora l'Assicurato abbia presentato a terzi 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.</p> <p>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.</p> <p>Il pagamento dell'indennizzo verrà effettuato all'Assicurato dipendente (caponucleo) anche quando la copertura è estesa al nucleo familiare.</p>

 Quando e come devo pagare?	
Premio	<p>I premi sono comprensivi di imposta.</p> <p>Gli intermediari possono ricevere dal contraente, a titolo di pagamento dei premi assicurativi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 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). <p>Il contratto, salvo diversa pattuizione fra le Parti, è stipulato con frazionamento annuale, dove per frazionamento deve intendersi la periodicità di pagamento del premio. È consentito il frazionamento semestrale.</p> <p>Se il contratto prevede l'indicizzazione, il premio di rinnovo annuale è già comprensivo dell'eventuale adeguamento / indicizzazione come disciplinato dall'articolo "Indicizzazione e adeguamento automatico del premio".</p> <p>I premi devono essere pagati all'Agenzia/intermediario alla quale è assegnata la polizza o direttamente ad AXA e sono comprensivi delle imposte. Il premio è determinato per periodi di assicurazione di un anno (salvo per eventuali polizze di durata inferiore c.d. polizze temporanee). Se concesso il frazionamento del premio in più rate (es. 2 rate semestrali), non è previsto alcun interesse di frazionamento.</p>
Rimborso	<p>Limitatamente alla sezione Infortuni, in caso di recesso esercitato da AXA, quest'ultima, entro 15 giorni dalla data di efficacia del recesso, rimborsa la parte di premio al netto delle imposte, relativa al periodo di rischio non corso.</p> <p>Per le altre sezioni non è previsto il rimborso del premio.</p>



Quando comincia la copertura e quando finisce?

Durata	Il contratto (salvo diversa pattuizione tra le Parti) è stipulato con formula tacito rinnovo e durata annua. 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. In mancanza di disdetta, la polizza si rinnova ad ogni scadenza annuale per un altro anno e così successivamente di anno in anno.
Sospensione	Le garanzie non possono essere sospese.



Come posso disdire la polizza?

Ripensamento dopo la stipulazione	Non è previsto il diritto del contraente al ripensamento dopo la stipulazione. Limitatamente alla sezione infortuni, il contratto prevede la facoltà per entrambe le parti di esercitare il diritto di recesso in caso di sinistro.
Risoluzione	Non vi sono ulteriori informazioni rispetto a quelle fornite nel DIP.



A chi è rivolto questo prodotto?

Welfare Aziende è un prodotto rivolto a persone giuridiche (aziende, collettività/gruppi specifici) che hanno l'obiettivo di proteggere i propri dipendenti, collaboratori, amministratori da eventi legati a infortuni e/o malattia tramite una copertura con prestazioni indennitarie, rimborso spese e di assistenza.

Il prodotto prevede, solo per le sezioni Malattia e Assistenza, la possibilità di estendere la copertura ai nuclei famigliari delle persone dell'azienda.



Quali costi devo sostenere?

Costi di intermediazione: le provvigioni relative al prodotto, differiscono in base all'Agenzia/intermediario alla quale è assegnata la polizza ed anche in base al numero e tipo di sezioni di garanzie sottoscritte. Il costo di intermediazione medio (senza considerare eventuali rappels e simili), cioè la provvigione ricorrente annuale standard di prodotto è circa del 21,6% del premio assicurativo imponibile (al netto delle imposte).

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

All'impresa assicuratrice	Eventuali reclami relativi ad un contratto o servizio assicurativo nei confronti dell'Impresa di assicurazione devono essere preliminarmente presentati per iscritto (posta, 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 avendo cura di indicare: <ul style="list-style-type: none"> • nome e 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 contraddittorio con il suddetto intermediario 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.
All'IVASS	In caso di esito insoddisfacente o risposta tardiva, è possibile scrivere all'IVASS Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma; fax 06.42133206, PEC: tutela.consumatore@pec.ivass.it fornendo copia del reclamo già inoltrato ad AXA Assicurazioni S.p.A. ed il relativo riscontro anche utilizzando il modello presente nel sito dell'IVASS www.ivass.it alla sezione "per i

	<p>Consumatori - Reclami”.</p> <p>Per maggiori informazioni si rimanda a quanto presente nell’area Reclami del sito: www.axa.it</p> <p>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.</p>
<p>PRIMA DI RICORRERE ALL’AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile, avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali:</p>	
<p>Mediazione</p>	<p>Interpellando un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell’elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito www.giustizia.it (Legge 9/8/2013, n. 98).</p> <p>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.</p> <p>La Compagnia provvederà a rispondere almeno 7 giorni lavorativi prima della data prevista per il primo incontro.</p>
<p>Negoziazione assistita</p>	<p>Tramite richiesta del proprio avvocato all’impresa assicuratrice.</p>
<p>Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie</p>	<p>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.</p> <p>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.</p> <p>Qualora per la risoluzione di eventuali controversie si dovesse ricorrere in arbitrato, così come regolamentato dall’articolo: “Procedura per la valutazione del danno (arbitrato irrituale)” delle Condizioni Generali di Assicurazione, si rammenta la possibilità in ogni caso di rivolgersi all’Autorità Giudiziaria.</p> <p>Conciliazione paritetica gratuita per l’Assicurato: Tramite una delle Associazioni dei consumatori aderenti al sistema e indirizzando una richiesta di conciliazione secondo le modalità descritte sui siti: www.ivass.it - www.ania.it</p>

PRIMA DI COMPILARE IL QUESTIONARIO SANITARIO, LEGGI ATTENTAMENTE LE RACCOMANDAZIONI E AVVERTENZE CONTENUTE IN POLIZZA. EVENTUALI DICHIARAZIONI INESATTE O NON VERITIERE POSSONO LIMITARE O ESCLUDERE DEL TUTTO IL DIRITTO ALLA PRESTAZIONE ASSICURATIVA.

PER QUESTO CONTRATTO L’IMPRESA DISPONE DI UN’AREA INTERNET RISERVATA AL CONTRAENTE (c.d. HOME INSURANCE), PERTANTO DOPO LA SOTTOSCRIZIONE POTRAI CONSULTARE TALE AREA E UTILIZZARLA PER GESTIRE TELEMATICAMENTE IL CONTRATTO MEDESIMO.

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

- le tue coperture assicurative in essere;
- le tue condizioni contrattuali (*standard*);
- lo stato del pagamento dei tuoi premi e le relative scadenze.

My AXA è la nuova App dedicata a tutti i nostri clienti, scarica la App da Play Store e App Store!