

Assicurazione sanitaria

DIP - Documento Informativo Precontrattuale dei contratti di assicurazione danni

Compagnia: AXA Assicurazioni S.p.A. – Prodotto: “Protezione Salute”



Le informazioni precontrattuali e contrattuali complete relative al prodotto sono fornite in altri documenti

Che tipo di assicurazione è?

Questa polizza assicura il rimborso delle spese mediche dell'Assicurato a seguito di malattia, infortunio, eventualmente anche parto, aborto terapeutico; fornisce servizi di assistenza e, ove previsto, predispone un programma di prevenzione.



Che cosa è assicurato?

SEZIONE MALATTIA:

Garanzie principali: di seguito le garanzie base, acquistabili quindi stand alone dell'Assicurato.

- **Ricoveri, interventi TOP:** rimborso delle spese mediche sostenute 120 giorni prima, durante e 150 giorni dopo un ricovero o intervento chirurgico, resi necessari da malattia, infortunio, parto o aborto terapeutico. Rimborso delle spese sostenute durante il Day Hospital. Prevede il Check up.
- **Ricoveri, interventi PREMIUM:** rimborso delle spese mediche sostenute 120 giorni prima, durante e 120 giorni dopo un ricovero o intervento chirurgico, resi necessari da malattia, infortunio, aborto terapeutico. Rimborso delle spese sostenute durante il Day Hospital. Prevede il Check up.
- **Ricoveri, interventi COMFORT:** rimborso delle spese mediche sostenute 90 giorni prima, durante in regime di SSN e 120 giorni dopo un ricovero, day hospital o intervento chirurgico, resi necessari da malattia, infortunio, aborto terapeutico.
- **Ricoveri, interventi Patologie Gravi:** rimborso delle spese mediche sostenute 120 giorni prima, durante e 150 giorni dopo un ricovero o intervento chirurgico, resi necessari da malattia o politraumatismi elencati in specifico allegato. Rimborso delle spese sostenute durante il Day Hospital. Prevede il Check up.
- **Alta Diagnostica e Fisioterapia:** rimborso delle spese mediche rese necessari da malattia o infortunio per accertamenti di alta diagnostica, follow-up (per neoplasie maligne, infarto miocardico acuto e ictus cerebro vascolare), trattamenti fisioterapici e rieducativi e terapie ambulatoriali da neoplasie, visite consulenza psicologica per neoplasia
- **Visite e Accertamenti Urgenti e Brevi:** rimborso delle spese mediche resi necessari da malattia o infortunio per visite ed esami prescritti dal SSN come urgenti o brevi.

Garanzie opzionali:

- Visite, Accertamenti e Fisioterapia
- Infortuni e indennità giornaliera da gesso,
- Diaria da ricovero
- Diaria da convalescenza

SEZIONE ASSISTENZA (sempre operante):

- **Assistenza Base:** consulto con medici specialisti consulenza psicologica, visita medica domiciliare generico/pediatra, prescrizione medica, consegna farmaci a domicilio.
- **Assistenza 360:** consulto con medici specialisti consulenza psicologica, visita medica domiciliare generico/pediatra, prescrizione medica, consegna farmaci a domicilio, parere medico complementare, trasporto sanitario, supporto sanitario/pratico nella quotidianità, all'estero, estetica oncologica, informazioni e consigli sanitari



Che cosa non è assicurato?

L'assicurazione non è operante per (di seguito alcuni dei principali rischi esclusi):

- ✖ le eventuali esclusioni espressamente riportate sul questionario sanitario in base alle dichiarazioni dello stato di salute dell'Assicurato.
- ✖ le malattie e stati patologici conosciuti e/o diagnosticati anteriormente alla stipulazione del contratto sottoscritti ad AXA con dolo o colpa grave all'atto della stipula del contratto in presenza di questionario sanitario e relative conseguenze e complicanze.
- ✖ malattie e stati patologici conosciuti e/o diagnosticati anteriormente alla data di effetto del contratto e relative conseguenze e complicanze in assenza di questionario sanitario.
- ✖ le prestazioni sanitarie e le cure delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, ivi compresi i comportamenti nevrotici e le loro conseguenze e complicanze.
- ✖ le prestazioni sanitarie e le cure relative a psicoterapia salvo quanto previsto in caso di terapie ambulatoriali neoplastiche.
- ✖ le prestazioni sanitarie e le cure per infertilità, sterilità maschile e femminile, fecondazione assistita e simili, impotenza.
- ✖ le prestazioni sanitarie e la cura dell'alcolismo e della tossicodipendenza e le loro conseguenze e complicanze.
- ✖ gli infortuni causati dallo stato di ubriachezza dell'Assicurato o dall'effetto di allucinogeni, stupefacenti o psicofarmaci.
- ✖ le prestazioni sanitarie relative a infezione H.I.V. o sindrome da immunodeficienza acquisita (A.I.D.S.), e loro conseguenze e complicanze.
- ✖ gli infortuni causati dalla pratica di sport aerei in genere o dalla partecipazione a gare motoristiche ed alle relative prove
- ✖ le prestazioni sanitarie, le cure e gli interventi di carattere estetico, difetti fisici o malformazioni congenite (eccezioni per i neonati, neoplasie o portatore inconscio).
- ✖ la correzione dei vizi di rifrazione (miopia, astigmatismo, ipermetropia e presbiopia).
- ✖ le prestazioni sanitarie non riconosciute dalla medicina ufficiale.



Ci sono limiti di copertura?

- ! Il contratto prevede l'applicazione di franchigie e/o scoperti e/o massimali alle coperture assicurative.
- ! Periodo di carenza contrattuale previsto in caso di malattia, infortuni e prevenzione.
- ! Le eventuali limitazioni espressamente riportate sul questionario sanitario in base alle dichiarazioni dello stato di salute dell'Assicurato.
- ! Malattie e stati patologici conosciuti e/o diagnosticati anteriormente alla data di effetto del contratto e relative conseguenze e complicanze in assenza di questionario sanitario.



Dove vale la copertura?

- ✓ L'assicurazione vale in tutto il mondo.



Che obbligo ho?

Quando sottoscrivi il contratto, hai il dovere di fare dichiarazioni veritiere, esatte e complete sul rischio da assicurare e di comunicare, nel corso del contratto, i cambiamenti che comportano un aggravamento del rischio assicurato (es. variazione della provincia di residenza o trasferimento all'estero). Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti (in sede di compilazione del questionario sanitario o di conclusione di contratto), o l'omessa comunicazione dell'aggravamento del rischio, possono comportare il mancato pagamento o il pagamento in forma ridotta del danno e/o la cessazione della polizza.



Quando e come devo pagare?

Il premio (o la prima rata) devi pagarlo alla firma del contratto. La polizza può prevedere il frazionamento del premio senza ulteriori oneri aggiuntivi. Le rate vanno pagate alle scadenze stabilite in base al frazionamento. Il pagamento può essere effettuato tramite assegni bancari, postali o circolari, bonifico, altri mezzi di pagamento bancario o postale o sistemi di pagamento elettronico oppure in contanti nei limiti previsti dalla legge. Il premio (delle rate annuali successive) è soggetto all'aggiornamento automatico in base all'età dell'Assicurato e ad adeguamento in base all'indice di statistica pubblicato dall'ISTAT.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

La copertura comincia dalle ore 24:00 del giorno indicato in Polizza (fermi i termini di carenza), a condizione che sia stato pagato il premio o la prima rata del premio. In caso contrario la copertura comincia alle ore 24:00 del giorno del pagamento.

Se il contraente non paga i premi o le rate di premio successive, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24:00 del 30° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24:00 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze, ai sensi dell'Art. 1901 c.c.

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. In mancanza di disdetta, la polizza con tacito rinnovo si rinnova alla scadenza per un altro anno e così successivamente di anno in anno. Il contratto senza tacito rinnovo cessa automaticamente alla sua naturale scadenza senza obbligo di disdetta.

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



Come posso disdire la polizza?

La polizza puoi disdira inviando alla Compagnia lettera raccomandata almeno 30 giorni prima della scadenza annuale del contratto o dei suoi successivi rinnovi.

Data ultimo aggiornamento del presente documento: 1 novembre 2024

Assicurazione sanitaria

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

AXA Assicurazioni S.p.A.

“Protezione Salute”



Data ultima edizione: Novembre 2024

Scopo

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, con particolare riguardo alle coperture assicurative, alle limitazioni, alle esclusioni, ai costi nonché alla situazione patrimoniale dell'impresa.

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

Società

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 2023), ammonta a €650 milioni di cui €233 milioni di capitale sociale interamente versato e €418 milioni di riserve patrimoniali, compreso il risultato di esercizio e gli utili portati a nuovo.

Il solvency ratio al 31 dicembre 2023, 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 198% 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

Prodotto



Che cosa è assicurato?

AMBITO DI COPERTURA	GARANZIE	TIPOLOGIA DI MASSIMALE EROGATO*	OPZIONI A RIDUZIONE PREMIO
RICOVERI E INTERVENTI	Ricoveri e Interventi Top	persona/evento	P1: Franchigia / P3: Scoperto
	Ricoveri e Interventi Patologie Gravi	persona/evento	-
	Ricoveri e Interventi Premium	persona/evento	-
	Ricoveri e Interventi Comfort	persona/anno assicurativo	-
VISITE E ACCERTAMENTI	Visite, Accertamenti e fisioterapia	persona/anno assicurativo	P2: escluse visite infortuni e malattia
	Infortuni e gesso	persona/anno assicurativo diaria giornaliera per evento	-
	Alta diagnostica e fisioterapia	persona/anno assicurativo	-
	Visite e Accertamenti Urgenti Brevi	persona/anno assicurativo	-
DIARIE	Diaria Ricovero	persona/anno assicurativo diaria giornaliera per evento	-
	Diaria Convalescenza	persona/anno assicurativo diaria giornaliera per evento	-
ASSISTENZA	Assistenza 360	-	-
	Assistenza Base	-	-
PREVENZIONE	Check Up	-	-

* Il massimale riportato in Polizza costituisce la somma massima, fino alla concorrenza della quale AXA presta la garanzia.

Il prodotto è modulare e offre la copertura dal rischio malattia e infortuni principalmente tramite il rimborso delle spese mediche, servizi di assistenza e, ove previsto, dispone di un programma di prevenzione. L'offerta è organizzata in base a 5 ambiti di bisogno – Ricoveri e Interventi, Visite e Accertamenti, Diarie, Prevenzione e Assistenza – ed è pensata per rispondere alle specifiche esigenze assicurative del cliente che può definire la tipologia e la completezza della propria copertura. Di seguito le garanzie disponibili per ambito di bisogno selezionabili in base alle regole tecniche di abbinamento.



Che cosa NON è assicurato?

Rischi esclusi

Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni



Ci sono limiti di copertura?

Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni



A chi è rivolto questo prodotto?

Il prodotto è indirizzato a singoli assicurati, famiglie o piccole collettività con un limite di 12 assicurati ed è rivolto a chi vuole tutelarsi in caso di eventi causati da infortunio e malattia che possono richiedere spese mediche a carico dell'assicurato in ambito ospedaliero e/o extra ospedaliero e/o prestazioni di assistenza.

Il Contraente può essere una persona fisica o giuridica; l'assicurato è necessariamente una persona fisica.

La sottoscrizione della polizza può prevedere la compilazione di un questionario sanitario da parte dell'Assicurato.



Quali costi devo sostenere?

Costi di intermediazione: le provvigioni relative al prodotto, differiscono in base all'Agenzia/intermediario alla quale è assegnata la polizza. Il costo di intermediazione medio (senza considerare eventuali rappels e simili), cioè la provvigione ricorrente annuale standard di prodotto è circa del 22,4% 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:

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 ovvero della sua mancata risposta.

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 Consumatori - Reclami".

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

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.

PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali (indicare quando obbligatori):	
Mediazione	Interpellando un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito www.giustizia.it . 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.
Negoziazione assistita	Tramite richiesta del proprio avvocato all'impresa assicuratrice.
Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie	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. Arbitrato: 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. 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. 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

REGIME FISCALE	
Trattamento fiscale applicabile al contratto	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. Detrazione fiscale premi I premi per assicurazioni sanitarie versati dal Contraente non sono detraibili fiscalmente. Tassazione prestazione assicurata E' ammessa la detrazione fiscale delle spese sanitarie ai sensi di legge.

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.

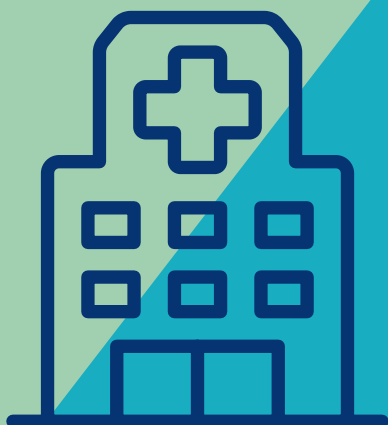
PAGINA BIANCA



Protezione Salute

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE
COMPRESIVE DEL GLOSSARIO
E DELL'INFORMATIVA SULLA PRIVACY

PRIMA DELLA SOTTOSCRIZIONE LEGGERE ATTENTAMENTE IL SET INFORMATIVO



contratto di assicurazione
sanitaria

edizione novembre 2024

AXA Assicurazioni S.p.A.



Protezione Salute

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE COMPRESIVE DEL GLOSSARIO E DELL'INFORMATIVA SULLA PRIVACY

PRIMA DELLA SOTTOSCRIZIONE LEGGERE ATTENTAMENTE IL SET INFORMATIVO

**contratto di assicurazione
sanitaria**

edizione novembre 2024

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 € 232.535.335 interamente versato - Ufficio del Registro delle Imprese di Milano-Monza-Brianza-Lodi e C. F. n. 00902170018 - P. I.V.A. GRUPPO IVA AXA ITALIA n. 10534960967 -
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

Vieni a scoprire la tua Area Clienti

Uno spazio dove potrai consultare la tua posizione assicurativa ovunque tu sia

Registrarsi è facile: bastano – codice fiscale/P. IVA, numero di polizza e indirizzo mail – per consultare:



Le tue **coperture assicurative** in essere.



La tua **posizione previdenziale**.



Le tue **condizioni contrattuali**.



Lo stato di pagamento dei tuoi premi e le **relative scadenze**.



... e molto altro ancora!



AREA CLIENTI

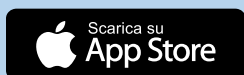
Per maggiori informazioni e assistenza consulta il sito **www.axa.it** oppure contattaci direttamente

- ✓ Modulo di richiesta online su **www.axa.it**, sezione **Contatti**
- ✓ **Chat** presente in Area Clienti
- ✓ Numero Verde **800 085 559** (dal lunedì al venerdì 9.00 - 19.00), anche dall'estero **+39 06 45202137**
- ✓ Indirizzo PEC: **axaassicurazioni@axa.legalmail.it**



My AXA è l'App dedicata a tutti i nostri clienti.

Inquadra il **QR Code** e scarica l'App!



Sommario

Informativa in merito alle disposizioni per la prevenzione delle discriminazioni e la tutela dei diritti delle persone che sono state affette da malattie oncologiche	1
PREMESSA	3
Glossario	5
Sezione Malattia.....	8
Cosa assicuro – AMBITO RICOVERI E INTERVENTI	8
Art. 1 Ricoveri e Interventi TOP	8
Art. 2 Ricoveri e Interventi PREMIUM	10
Art. 3 Ricoveri e Interventi COMFORT.....	13
Art. 4 Ricoveri e Interventi Patologie Gravi	14
Cosa assicuro – AMBITO VISITE E ACCERTAMENTI	16
Art. 5 Visite, Accertamenti e Fisioterapia	16
Art. 6 Alta diagnostica e Fisioterapia.....	17
Art. 7 Visite e Accertamenti Urgenti e Brevi	18
Art. 8 Infortuni e gesso	19
Cosa assicuro – AMBITO DIARIE	20
Art. 9 Diaria da Ricovero	20
Art. 10 Diaria da Convalescenza	20
Cosa assicuro – AMBITO PREVENZIONE.....	21
Art. 11 Check up e Test DNA nutrizionale.....	21
Come mi assicuro - Condizioni particolari.....	24
Art. 12 P1 – Ricoveri e Interventi TOP con franchigia.	24
Art. 13 P3 – Ricoveri e Interventi TOP con scoperto fuori convenzione.....	24
Art. 14 P2 – Visite, Accertamenti e Fisioterapia senza visite specialistiche	24
Art. 15 Q1 – Rinuncia alla compilazione del questionario sanitario	24
Cosa non assicuro	24
Art. 16 Termini di aspettativa	24
Art. 17 Esclusioni	25
Art. 18 Tabella 1: Tabella riassuntiva di limiti, franchigie e/o scoperti.....	27
Sezione - Il sinistro	34
Come attivare le prestazioni	34
Art. 19 Utilizzo di strutture sanitarie e medici convenzionati con AXA	34
Art. 20 Cosa fare in caso di sinistro.....	34
Art. 21 Criteri di liquidazione e pagamento dell'indennizzo	35
Art. 22 Anticipo indennizzo all'estero	37
Art. 23 Controversie – Arbitrato irrituale.....	38
Sezione Assistenza.....	39
Premessa.....	39
Cosa assicuro	39
Garanzia Assistenza	39
Art. 24 Assistenza Base	39
Art. 25 Assistenza 360.....	41
Art. 26 Esclusioni	55
Art. 27 Limiti di esposizione.....	55
Art. 28 Responsabilità.....	55
Art. 29 Tabella 2: Tabella riassuntiva di limiti, franchigie e/o scoperti.....	56
Come attivare le prestazioni	57
Art. 30 Come richiedere i servizi di assistenza	57

Art. 31 Come richiedere il servizio di Parere Medico Complementare	57
Art. 32 Comunicazioni e variazioni	58
Norme comuni.....	59
Art. 33 Estensione territoriale.....	59
Art. 34 Eventi naturali catastrofici.....	59
Art. 35 Rischio guerra.....	59
Art. 36 Altre assicurazioni	59
Art. 37 Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio.....	59
Art. 38 Questionario sanitario	59
Art. 39 Pagamento del premio e decorrenza dell'assicurazione	60
Art. 40 Indicizzazione e adeguamento automatico del premio	60
Art. 41 Aggiornamento automatico del premio in base all'età dell'Assicurato.....	60
Art. 42 Periodo di assicurazione, proroga	62
Art. 43 Alcolismo e Tossicodipendenza.....	62
Art. 44 Cessazione o scomparsa del Contraente.	62
Art. 45 Recesso per limiti di età.	62
Art. 46 Motivi e termini di cessazione degli effetti del contratto	62
Art. 47 Oneri fiscali	63
Art. 48 Modifiche dell'assicurazione.....	63
Art. 49 Rinuncia al diritto di recesso in caso di sinistro	63
Art. 50 Rinuncia al diritto di rivalsa	63
Art. 51 Assicurazione per conto altrui – Titolarità dei diritti e degli obblighi nascenti dalla polizza	63
Art. 52 Foro competente.....	63
Art. 53 Rinvio alle norme di legge.....	63
Art. 54 Forma delle comunicazioni.....	63
Art. 55 Paesi soggetti a sanzioni internazionali - Clausola di esclusione per sanzioni economiche e finanziarie	64
Art. 56 Effetto, durata e disdetta del contratto stipulato mediante tecniche di comunicazione a distanza.....	64
Allegato 1: ELENCO Patologie Gravi	65
Articoli di legge	67
INFORMATIVA GENERALE SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI	69
INFORMATIVA SULL'USO DELLE TECNICHE DI COMUNICAZIONE A DISTANZA PER LE INFORMAZIONI PRECONTRATTUALI E LA GESTIONE DEI CONTRATTI ASSICURATIVI	76

Informativa in merito alle disposizioni per la prevenzione delle discriminazioni e la tutela dei diritti delle persone che sono state affette da malattie oncologiche

Il 2 gennaio 2024 è entrata in vigore la legge in materia di “Obligo oncologico” (Legge 7 Dicembre 2023 n. 193, pubblicata sulla Gazzetta Ufficiale n. 294 del 18 dicembre 2023, recante “Disposizioni per la prevenzione delle discriminazioni e la tutela dei diritti delle persone che sono state affette da malattie oncologiche”, con l’introduzione del cosiddetto “diritto all’obbligo oncologico” – “Legge”).

Il termine “obbligo oncologico” esprime convenzionalmente il diritto delle persone guarite da una patologia oncologica (tumore) di poter scegliere di non fornire informazioni, né subire indagini in merito alla propria pregressa condizione patologica, nei casi previsti dalla Legge, tra i quali risultano ricompresi: la stipulazione o il rinnovo di contratti assicurativi.

Secondo la norma, un soggetto può ritenersi guarito da una patologia oncologica, quando le cure ed i trattamenti attivi si sono conclusi, senza che si siano manifestati episodi recidivanti (quali ricadute), da più di 10 anni al momento della richiesta di informative specifiche sul suo stato di salute. Se la patologia è insorta prima del compimento del ventesimo anno di età, questo intervallo temporale viene ridotto a 5 anni.

In occasione della stipula o rinnovo di contratti assicurativi, non possono essere altresì applicati limiti, costi e oneri aggiuntivi né trattamenti diversi rispetto a quelli previsti per la generalità dei contraenti a legislazione vigente.

È inoltre vietato richiedere, ai fini della stipula, l’effettuazione di visite mediche di controllo e di accertamenti sanitari volti all’accertamento dello stato di salute collegato a patologie oncologiche.

Qualora le informazioni sulla patologia siano state fornite precedentemente, queste non possono essere utilizzate ai fini della valutazione del rischio, decorso il termine stabilito dalla legge. A tal fine, il contraente invia tempestivamente la certificazione, mediante raccomandata con avviso di ricevimento o posta elettronica certificata. Entro trenta giorni dal ricevimento della certificazione, le informazioni in precedenza acquisite dovranno essere cancellate.

La violazione delle disposizioni nella stipula dei contratti successiva all’entrata in vigore della Legge determina la nullità delle singole clausole contrattuali difformi rispetto ai principi dichiarati dalla legge e non comporta la nullità del contratto.

La nullità opera soltanto a vantaggio della persona fisica contraente ed è rilevabile d’ufficio.

I contratti stipulati dopo la data di entrata in vigore della legge devono conformarsi ai principi da essa introdotti.

In ossequio a detta disposizione, in caso di stipula di un nuovo contratto o di rinnovo di uno esistente, ancorché venga somministrato un questionario sullo stato di salute, non sussiste l’obbligo di palesare patologie oncologiche pregresse, qualora si ritenga ricorrano le condizioni per la certificazione della guarigione nei termini di legge.

L’assicurato non incorrerà nelle conseguenze per dichiarazioni inesatte o reticenze informative, avendo diritto alla liquidazione dell’indennizzo secondo il contratto.

Per maggior chiarezza, permangono gli obblighi di accuratezza informativa verso l’Impresa di assicurazione, qualora non ricorrano le condizioni per la certificazione, al momento della stipula del contratto.

Per la piena applicazione della legge il Ministero della Salute ha emanato alcuni provvedimenti volti a disciplinare le modalità e le forme per la certificazione, senza oneri per l’assicurato, della sussistenza dei requisiti necessari ai fini dell’applicazione delle disposizioni di legge.

- **DECRETO 22 marzo 2024 - Elenco di patologie oncologiche per le quali si applicano termini inferiori rispetto a quelli previsti dagli articoli 2, comma 1, 3, comma 1, lettera a), e 4, comma 1, della legge n. 193 del 2023**

Il Ministero della Salute ha fornito alcune specificazioni mirate ad introdurre tempistiche ridotte per alcune tipologie tumorali per il maturarsi dell’obbligo oncologico rispetto al limite dei dieci anni (o cinque se diagnosi precedente al compimento del 21° anno di età) dalla fine del trattamento o dall’ultimo intervento chirurgico. riportati nell’allegato I e trascritti di seguito.

TIPO DI TUMORE	SPECIFICAZIONI	ANNI DALLA FINE DEL TRATTAMENTO
Colon-retto	Stadio I, qualsiasi età	1
Colon-retto	Stadio II-III, >21 anni	7
Melanoma	>21 anni	6
Mammella	Stadio I-II, qualsiasi età	1
Utero, collo	>21 anni	6
Utero, corpo	Qualsiasi età	5
Testicolo	Qualsiasi età	1
Tiroide	Donne con diagnosi <55 anni Uomini con diagnosi <45 anni Esclusi i tumori anaplastici per entrambi i sessi	1
Linfomi di Hodgkin	<45 anni	5
Leucemie	Acute (linfoblastiche e mieloidi), qualsiasi età	5

- **DECRETO 5 luglio 2024 - Disciplina delle modalità e delle forme per la certificazione della sussistenza dei requisiti necessari ai fini della normativa sull'oblio oncologico**

Il Ministero della Salute ha dettato le modalità di presentazione dell'istanza per il rilascio della certificazione, secondo un modello allegato al Decreto Certificazione allegando documentazione medica, ad una struttura sanitaria pubblica o privata accreditata o ad un medico dipendente del Servizio sanitario nazionale nella disciplina attinente alla patologia oncologica di cui si chiede l'oblio o al medico di medicina generale oppure al pediatra di libera scelta.

La certificazione, redatta secondo il modello contenuto nel medesimo Decreto attuativo, è rilasciata gratuitamente entro trenta giorni dalla richiesta se sussistono, a giudizio della struttura o del medico certificante, le condizioni di legge. Il rilascio di detta certificazione non deve comportare oneri per il richiedente.

PREMESSA

Protezione Salute prevede due sezioni: **Malattia e Assistenza.**

Il prodotto è modulare e offre la copertura dal rischio malattia e infortuni principalmente tramite il rimborso delle spese mediche e servizi di assistenza; viene offerto inoltre un programma di prevenzione.

L'offerta è organizzata in base a 5 ambiti di bisogno ovvero di copertura – **Ricoveri e Interventi, Visite e Accertamenti, Diarie, Prevenzione e Assistenza** – ed è pensata per rispondere alle specifiche esigenze assicurative del cliente che può definire la tipologia e la completezza della propria copertura. Di seguito le garanzie disponibili per ambito di bisogno/copertura, selezionabili in base alle regole tecniche di abbinamento.

AMBITO DI COPERTURA DEL RISCHIO	GARANZIE
RICOVERI E INTERVENTI	Ricoveri e Interventi Top* Ricoveri e Interventi Premium Ricoveri e Interventi Comfort Ricoveri e Interventi Patologie Gravi
VISITE E ACCERTAMENTI	Visite, Accertamenti e fisioterapia** Infortuni e gesso Alta diagnostica e fisioterapia Visite e Accertamenti Urgenti e Brevi
DIARIE	Diaria Ricovero Diaria Convalescenza
ASSISTENZA	Assistenza 360 Assistenza Base
PREVENZIONE	Check Up

* A scelta del cliente: rimborso integrale/con franchigia/ con scoperto fuori Convenzione

** A scelta del cliente: esclusione delle visite mediche eccetto, la consulenza psicologica a seguito di neoplasia, sempre incluse.

Le informazioni riportate in questa pagina hanno lo scopo di richiamare l’attenzione su alcuni aspetti delle condizioni di assicurazione, preliminari e propedeutici, meglio descritti e disciplinati nelle pagine seguenti:

- l'assicurazione è operante per le prestazioni per le quali è stato corrisposto il relativo premio e per le persone indicate in polizza;
- l'assicurazione è prestata per le somme assicurate indicate in polizza;
- alcune garanzie possono contenere limiti di indennizzo, scoperti o franchigie indicati sulla polizza o nelle Condizioni di Assicurazione;
- le limitazioni e le esclusioni contrattuali, comportanti la riduzione o il mancato pagamento dell’indennizzo, sono evidenziate con carattere retinato negli articoli delle Condizioni di Assicurazione.

PAGINA BIANCA

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.
Accertamento Diagnostico:	Prestazione medica atta ad accertare la presenza e/o il decorso di una malattia, o gli esiti causati da un infortunio.
Arbitrato:	Istituto con il quale le parti, di comune accordo, rinunciano ad adire l'Autorità giudiziaria ordinaria per la risoluzione di vertenze concernenti l'interpretazione o l'esecuzione del contratto.
Assicurato:	Soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione.
Assicurazione:	Contratto di assicurazione.
Assistenza infermieristica	Assistenza prestata da personale infermieristico in possesso di iscrizione al relativo albo professionale.
AXA:	AXA Assicurazioni S.p.A.
AXA Assistance	Denominazione di INTER PARTNER ASSISTANCE S.A.
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.).
Centrale operativa AXA:	Struttura organizzativa di AXA Italia S.p.A. – costituita da risorse umane ed attrezzature, che gestisce le prestazioni previste della sezione malattia secondo quanto previsto in polizza.
Centrale operativa IPA:	Struttura organizzativa di Inter Partner Assistance S.A. – Rappresentanza Generale per l'Italia – Via Carlo Pesenti 121 - 00156 Roma – costituita da risorse umane ed attrezzature, in funzione 24 ore su 24 e tutti i giorni dell'anno - che gestisce le prestazioni previste della sezione assistenza secondo quanto previsto in polizza.
Centro medico:	Struttura dotata di direzione sanitaria, regolarmente autorizzata come da normativa vigente all'erogazione di prestazioni sanitarie diagnostiche o terapeutiche (visite specialistiche, 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:	Soggetto che stipula l'assicurazione.
Copertura:	Contenuto di ciascuna garanzia prestata
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:	Mancanza o imperfezione non presenti alla nascita, di un organo o di un apparato anche se non note o non diagnosticate alla stipula della polizza.
Estero:	Territorio diverso dalla Repubblica Italiana, Repubblica di San Marino e Città del Vaticano.
Franchigia:	Parte di indennizzo espressa in cifra fissa che rimane a carico dell'Assicurato.
Hospice:	Struttura di ricovero e di assistenza per malati terminali, utilizzata insieme ai servizi ospedalieri in programmi di cure palliative.
Indennizzo:	Somma dovuta da AXA in caso di sinistro.

Condizioni di Assicurazione
GARANZIE SALUTE

Condizioni di Assicurazione
IL SINISTRO

Condizioni di Assicurazione
ASSISTENZA

Condizioni di Assicurazione
TUTELA LEGALE

Condizioni di Assicurazione
NORME COMUNI

**INFORMATIVA
SULLA PRIVACY**

Infortunio:	Ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili.
Intervento chirurgico:	Atto medico, avente una diretta finalità terapeutica, praticato da un medico 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, avente una diretta finalità terapeutica, praticato da un medico laureato in medicina e chirurgia, 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.
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.
Italia:	Territorio della Repubblica Italiana comprensivo di Repubblica di San Marino e Città del Vaticano.
IVASS:	Istituto per la vigilanza sulle Assicurazioni, denominazione assunta da ISVAP dal 1 gennaio 2013.
L.E.A.	Livelli essenziali di assistenza (abbreviato in LEA) indicano, in Italia, l'insieme di tutte le prestazioni, servizi e attività che i cittadini hanno diritto a ottenere dal Servizio Sanitario Nazionale (SSN), allo scopo di garantire in condizioni di uniformità, a tutti e su tutto il territorio nazionale. Sono detti "livelli essenziali" in quanto racchiudono tutte le prestazioni e le attività che lo Stato ritiene così importanti da non poter essere negate ai cittadini.
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:	Somma fino a concorrenza della quale AXA presta la garanzia, nonché la somma, stabilita nel contratto, fino alla quale la Società presta le garanzie in caso di uno o più sinistri avvenuti nello stesso anno assicurativo.
Neoplasia:	Massa di tessuto che cresce in eccesso e in maniera scoordinata rispetto ai tessuti normali che può essere di natura benigna o maligna.
Parti:	Contraente ed AXA.
Polizza:	Documento che prova l'assicurazione.
Premio:	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:	Degenza, comportante almeno un pernottamento, in istituto di cura, documentata da una Cartella Clinica (anche in formato digitale).
Rimborso:	Somma dovuta da AXA in caso di sinistro indennizzabile a termini di polizza.
Rischio:	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.
Sintomatologia:	Insieme dei sintomi che caratterizzano un determinato quadro clinico (l'insieme delle manifestazioni, segni e sintomi, con le quali una malattia si presenta all'osservazione del medico).
Società (o AXA):	AXA Assicurazioni S.p.A.
SSN:	Servizio Sanitario Nazionale
Termini di aspettativa:	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 che abbia conseguito titolo 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.

Sezione Malattia

Cosa assicuro – AMBITO RICOVERI E INTERVENTI

Art. 1 | Ricoveri e Interventi TOP

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

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

AXA rimborsa all'Assicurato le spese sostenute:

- PRIMA, DURANTE, DOPO il periodo di ricovero, day surgery o intervento chirurgico ambulatoriale,
- DURANTE il day hospital,

come successivamente descritto nel presente articolo.

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

a) visite specialistiche, accertamenti diagnostici (compresi gli onorari medici), esami ed analisi di laboratorio, trattamenti fisioterapici o rieducativi effettuati nei centoventi (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, 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;

La prestazione di cui Art 1.2 si intende estesa alle spese relative alle seguenti fattispecie:

i) interventi di chirurgia plastica ricostruttiva, compresi quelli per la simmetrizzazione mammaria della controlaterale, 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 effettuati durante la validità del contratto;

j) cure dentarie e applicazione di protesi dentarie (comprese il costo di quest'ultime) rese necessarie a seguito di neoplasie o infortunio – quest'ultimo anche se documentato solo da referto di pronto soccorso; le prestazioni

potranno essere effettuate anche successivamente alla data di cessazione del ricovero, dell'intervento chirurgico senza ricovero o del referto di pronto soccorso in regime extraospedaliero.

Relativamente al costo delle protesi dentarie in caso di neoplasie benigne o di infortunio, la garanzia è prestata **fino a concorrenza di Euro cinquemila (€5.000,00)** per persona e per anno assicurativo, purché le spese siano sostenute durante l'efficacia del contratto e comunque entro trecentosessanta giorni (360) giorni dall'infortunio o dalla data di cessazione del ricovero o dell'intervento chirurgico senza ricovero, in caso di neoplasia benigna;

k) ricovero in hospice unicamente se il ricovero è reso necessario per cure terminali palliative;

l) 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, nonché gli interventi chirurgici sul feto. Le spese saranno rimborsate **fino all'occorrenza di Euro trentamila (€30.000,00) e sempre in caso di parto indennizzabile a termini di polizza.**

INDENNITA' SOSTITUTIVA.

In alternativa al rimborso delle spese sostenute "Durante il ricovero, day surgery o intervento chirurgico ambulatoriale", l'Assicurato ha diritto, per ogni giorno di ricovero, ad un'**indennità sostitutiva** pari a **Euro centoquaranta (€140,00) al giorno, per il massimo di centoventi (120) giorni per anno assicurativo.**

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

Per il 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, day surgery o intervento chirurgico ambulatoriale:

m) trasporto dell'Assicurato con mezzo sanitariamente attrezzato, idoneo alle specificità del caso, per il rientro al domicilio al momento della dimissione;

n) 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 **centocinquanta (150) giorni** successivi alla cessazione del ricovero, alla data del day surgery o dell'intervento chirurgico ambulatoriale purché inerenti alla malattia o l'infortunio che hanno determinato il ricovero o l'intervento chirurgico;

o) acquisto o noleggio, **fino ad un massimo di Euro millecinquecento (€1.500,00)** per persona e per anno assicurativo, effettuati nei **centocinquanta (150) giorni** successivi alla cessazione del ricovero, alla data del day surgery o dell'intervento chirurgico ambulatoriale, purché resi necessari dalla 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.

1.4 Durante il day hospital o Pronto Soccorso

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

p) accertamenti diagnostici;

q) assistenza medica e infermieristica;

Condizioni di Assicurazione

Norme che regolano l'assicurazione – sezione malattia

- r) trattamenti fisioterapici e rieducativi, farmacologici;
- s) trattamenti radioterapici effettuati anche in regime ambulatoriale;
- t) 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.

INDENNITA' SOSTITUTIVA

In alternativa al rimborso delle spese in precedenza elencate, AXA corrisponde un'indennità sostitutiva di **Euro settanta (€70,00)** per ogni giorno di day hospital oppure di permanenza superiore a 8 ore presso il Pronto Soccorso, con **il massimo di centoventi (120) giorni** per anno assicurativo.

1.5 Limiti d'indennizzo

Relativamente alle prestazioni descritte nel presente articolo, operano i seguenti limiti di indennizzo per persona e per evento:

PARTO e ABORTO TERAPEUTICO.

- **€3.500,00 per parto fisiologico.** In caso di parto fisiologico domiciliare la data del parto sarà equiparata ad un unico giorno di ricovero.
- **€7.000,00 per parto con taglio cesareo e per aborto terapeutico.**

AXA rimborsa esclusivamente le prestazioni previste ai punti b) c) d) e) f) h) m).

In caso di parto gemellare, i limiti di indennizzo si intendono raddoppiati.

ERNIE, APPENDICI, VARICI, EMORROIDI.

- **€7.000,00 per ernie (salvo quelle discali), appendiciti, varici ed emorroidi;**
- **€12.500,00 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.

*Lo sapevi che, grazie alla garanzia Assistenza 360, nei giorni successivi alla data dell'intervento chirurgico o di dimissioni, potresti chiedere alla Centrale Operativa IPA l'attivazione di servizi di assistenza a domicilio, tra cui ad esempio: Assistenza infermieristica e fisioterapica, Accompagnamento per visite mediche o cicli di terapia, nonché un supporto per il disbrigo delle quotidianità. **Consulta l'Articolo 25 delle condizioni di assicurazione per scoprire tutti i servizi di Assistenza a tua disposizione.***

Art. 2 | Ricoveri e Interventi PREMIUM

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

I massimali riportati in Polizza costituiscono le somme massime, per persona assicurata e per sinistro, fino alla concorrenza delle quali AXA presta la garanzia.

AXA rimborsa all'Assicurato le spese sostenute:

- PRIMA, DURANTE, DOPO il periodo di ricovero, day surgery o intervento chirurgico ambulatoriale,
- DURANTE il day hospital,

come successivamente descritto nel presente articolo.

2.1 PRIMA del ricovero, day surgery o intervento chirurgico ambulatoriale:

a) visite specialistiche, accertamenti diagnostici (compresi gli onorari medici), esami ed analisi di laboratorio, trattamenti fisioterapici o rieducativi effettuati nei centoventi **(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.

2.2 DURANTE il ricovero, 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;

La prestazione di cui Art 2.2 si intende estesa alle spese relative alle seguenti fattispecie:

i) interventi di chirurgia plastica ricostruttiva, compresi quelli per la simmetrizzazione mammaria della controlaterale, 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 effettuati durante la validità del contratto;

j) cure dentarie e applicazione di protesi dentarie (comprese il costo di quest'ultime) rese necessarie a seguito di neoplasie o infortunio – quest'ultimo anche se documentato solo da referto di pronto soccorso; le prestazioni potranno essere effettuate anche successivamente alla data di cessazione del ricovero, dell'intervento chirurgico senza ricovero o del referto di pronto soccorso in regime extraospedaliero.

Relativamente al costo delle protesi dentarie in caso di neoplasie benigne o di infortunio, la garanzia è prestata **fino a concorrenza di Euro cinquemila (€5.000,00)** per persona e per anno assicurativo, purché le spese siano sostenute durante l'efficacia del contratto e comunque entro **trecentosessanta (360)** giorni dall'infortunio o dalla data di cessazione del ricovero o dell'intervento chirurgico senza ricovero, in caso di neoplasia benigna;

k) ricovero in hospice unicamente se il ricovero è reso necessario per cure terminali palliative;

INDENNITA' SOSTITUTIVA.

In alternativa al rimborso delle spese sostenute "Durante il ricovero, day surgery o intervento chirurgico ambulatoriale", l'Assicurato ha diritto, per ogni giorno di ricovero, ad un'**indennità sostitutiva** pari a **Euro centoquaranta (€140,00) al giorno, per il massimo di centoventi (120) giorni per anno assicurativo.**

Condizioni di Assicurazione

Norme che regolano l'assicurazione – sezione malattia

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

2.3 DOPO il ricovero, day surgery o intervento chirurgico ambulatoriale:

l) trasporto dell'Assicurato con mezzo sanitariamente attrezzato, idoneo alle specificità del caso, per il rientro al domicilio al momento della dimissione;

m) 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 centoventi **(120) giorni** successivi alla cessazione del ricovero, alla data del day surgery o dell'intervento chirurgico ambulatoriale purché inerenti alla malattia o l'infortunio che hanno determinato il ricovero o intervento chirurgico;

n) acquisto o noleggio, **fino ad un massimo di Euro millecinquecento (€1.500,00)** per persona e per anno assicurativo, effettuati nei **120 giorni** successivi alla cessazione del ricovero, alla data del day surgery o dell'intervento chirurgico ambulatoriale, purché resi necessari dalla 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.

2.4 Durante il day hospital o Pronto Soccorso

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

- o) accertamenti diagnostici;
- p) assistenza medica e infermieristica;
- q) trattamenti fisioterapici e rieducativi, farmacologici;
- r) trattamenti radioterapici effettuati anche in regime ambulatoriale;
- s) 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.

INDENNITA' SOSTITUTIVA

In alternativa al rimborso delle spese in precedenza elencate, AXA corrisponde un'indennità sostitutiva di **Euro Settanta (€70,00)** per ciascun giorno di day hospital oppure di permanenza superiore a 8 ore presso il Pronto Soccorso, con **il massimo di 120 giorni** per anno assicurativo.

2.5 Limite

Relativamente alle prestazioni descritte nel presente articolo, in caso di aborto terapeutico, AXA rimborsa esclusivamente le prestazioni previste ai punti b) c) d) e) f) h) l).

Il rimborso delle spese previste dal presente articolo viene effettuato con applicazione dello scoperto del 20%, per ogni ricovero, day hospital/day surgery o intervento chirurgico ambulatoriale.

Non si applica alle prestazioni autorizzate dalla Centrale Operativa AXA presso strutture e/o medici convenzionati, all'indennità sostitutiva e ai ticket relativi al Servizio Sanitario Nazionale.

Lo sapevi che, grazie alla garanzia Assistenza 360, nei giorni successivi alla data dell'intervento chirurgico o di dimissioni, potresti chiedere alla Centrale Operativa IPA l'attivazione di servizi di assistenza a domicilio, tra cui ad esempio: Assistenza infermieristica e fisioterapia, Accompagnamento per visite mediche o cicli di terapia, nonché un supporto per il disbrigo delle quotidianità. **Consulta l'Articolo 25 delle condizioni di assicurazione per scoprire tutti i servizi di Assistenza a tua disposizione.**

Art. 3 | Ricoveri e Interventi COMFORT

La garanzia opera in caso di ricovero, day hospital/ day surgery o intervento chirurgico ambulatoriale avvenuti a carico del Servizio Sanitario Nazionale e resi necessari da **malattia, infortunio, aborto terapeutico**.

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

AXA rimborsa all'Assicurato le spese sostenute PRIMA, DURANTE, DOPO il periodo di ricovero, day hospital/day surgery o intervento chirurgico ambulatoriale, descritte nel presente articolo.

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

a) visite specialistiche, accertamenti diagnostici (compresi gli onorari medici), esami ed analisi di laboratorio, trattamenti fisioterapici o rieducativi effettuati nei novanta **(90) giorni** precedenti l'inizio del ricovero, la data del day hospital/day surgery o dell'intervento chirurgico ambulatoriale purché inerenti la malattia o l'infortunio che hanno determinato il successivo ricovero o intervento chirurgico o day hospital;

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 o day hospital.

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

c) assistenza medica ed infermieristica nell'istituto di cura;

d) rette di degenza (camera solventi);

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

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

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

g) trasporto dell'Assicurato con mezzo sanitariamente attrezzato, idoneo alle specificità del caso, per il rientro al domicilio al momento della dimissione;

h) 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 centoventi **(120) giorni** successivi alla cessazione del ricovero, del day hospital, alla data del day surgery o dell'intervento chirurgico ambulatoriale purché inerenti alla malattia o l'infortunio che hanno determinato il ricovero o il day hospital o l'intervento chirurgico;

i) acquisto o noleggio, **fino ad un massimo di Euro millecinquecento (€1.500,00)** per persona e per anno assicurativo, effettuati nei centoventi **(120) giorni** successivi alla cessazione del ricovero o del day hospital, alla data del day surgery o dell'intervento chirurgico ambulatoriale, purché resi necessari dalla 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.

La permanenza presso il Pronto Soccorso superiore a 8 ore è equiparata al day hospital.

3.4 Limite

Relativamente alle prestazioni descritte nel presente articolo, in caso di aborto terapeutico, AXA rimborsa esclusivamente le prestazioni previste ai punti b) c) d) e) f) g).

*Lo sapevi che, grazie all'Assistenza base, potresti richiedere l'invio a domicilio dei farmaci di cui hai bisogno a seguito dell'intervento o ricovero sostenuto. Inoltre, qualora la tua polizza prevedesse la garanzia Assistenza 360, nei giorni successivi alla data dell'intervento chirurgico o di dimissioni, potresti chiedere alla Centrale Operativa IPA l'attivazione di servizi di assistenza a domicilio, tra cui ad esempio: Assistenza infermieristica e fisioterapica, Accompagnamento per visite mediche o cicli di terapia, nonché un supporto per il disbrigo delle quotidianità. **Consulta gli Articoli 24 e 25 delle condizioni di assicurazione per scoprire tutti i servizi di Assistenza a tua disposizione.***

Art. 4 | Ricoveri e Interventi Patologie Gravi

La garanzia opera in caso di ricovero, day hospital/ day surgery o intervento chirurgico ambulatoriale resi necessari da una malattia o da un infortunio definiti nell'allegato 1 delle presenti condizioni di assicurazione "Allegato 1 - Patologie Gravi".

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

AXA rimborsa all'Assicurato le spese sostenute:

- PRIMA, DURANTE, DOPO il periodo di ricovero, day surgery o intervento chirurgico ambulatoriale,
- DURANTE il day hospital,

come successivamente descritto nel presente articolo.

4.1 PRIMA del ricovero, day surgery o intervento chirurgico ambulatoriale:

a) visite specialistiche, accertamenti diagnostici (compresi gli onorari medici), esami ed analisi di laboratorio, trattamenti fisioterapici o rieducativi 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.

4.2 DURANTE il ricovero, 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;

La prestazione di cui Art 4.2 si intende estesa alle spese relative alle seguenti fattispecie:

- i) interventi di chirurgia plastica ricostruttiva, compresi quelli per la simmetrizzazione mammaria della controlaterale, resi necessari a seguito di interventi demolitivi indennizzabili ai sensi di polizza per cancro o a seguito di Grave politraumatismo legato ad infortunio come definiti nell'allegato 1 delle presenti condizioni di assicurazione "Allegato 1 - Patologie Gravi" purché effettuati durante la validità del contratto;
- j) cure dentarie e applicazione di protesi dentarie (comprese il costo di quest'ultime) rese necessarie a seguito di cancro o a seguito di Grave politraumatismo legato ad infortunio come definiti nell'allegato 1 delle presenti condizioni di assicurazione "Allegato 1 - Patologie Gravi" purché effettuati durante la validità del contratto; le prestazioni potranno essere effettuate anche successivamente alla data di cessazione del ricovero o dell'intervento chirurgico senza ricovero in regime extraospedaliero.
- k) ricovero in hospice unicamente se il ricovero è reso necessario per cure terminali palliative;

INDENNITA' SOSTITUTIVA.

In alternativa al rimborso delle spese sostenute "Durante il ricovero, day surgery o intervento chirurgico ambulatoriale", l'Assicurato ha diritto, per ogni giorno di ricovero, ad un'**indennità sostitutiva** pari a **centoquaranta (€140,00) al giorno, per il massimo di centoventi (120) giorni per anno assicurativo.**

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

4.3 DOPO il ricovero, day surgery o intervento chirurgico ambulatoriale:

- l) trasporto dell'Assicurato con mezzo sanitariamente attrezzato, idoneo alle specificità del caso, per il rientro al domicilio al momento della dimissione;
- m) 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 **centocinquanta (150) giorni** successivi alla cessazione del ricovero, alla data del day surgery o dell'intervento chirurgico ambulatoriale purché inerenti alla malattia o l'infortunio che hanno determinato il ricovero o intervento chirurgico;
- n) acquisto o noleggio, **fino ad un massimo di Euro millecinquecento (€1.500,00)** per persona e per anno assicurativo, effettuati nei **150 giorni** successivi alla cessazione del ricovero, alla data del day surgery o dell'intervento chirurgico ambulatoriale, purché resi necessari dalla 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.

4.4 Durante il day hospital o Pronto Soccorso

In caso di malattia o da un infortunio definiti nell'allegato 1 delle presenti condizioni di assicurazione "Allegato 1 - Patologie Gravi" che rendano necessari **trattamenti terapeutici in day hospital**, AXA rimborsa le spese sostenute durante la sola degenza per:

- o) accertamenti diagnostici;
- p) assistenza medica e infermieristica;
- q) trattamenti fisioterapici e rieducativi, farmacologici;
- r) trattamenti radioterapici effettuati anche in regime ambulatoriale;
- s) 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.

INDENNITA' SOSTITUTIVA

In alternativa al rimborso delle spese in precedenza elencate, AXA corrisponde un'indennità sostitutiva di **70€** 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.

Lo sapevi che, grazie alla garanzia Assistenza 360, nei giorni successivi alla data dell'intervento chirurgico o di dimissioni, potresti chiedere alla Centrale Operativa IPA l'attivazione di servizi di assistenza a domicilio, tra cui ad esempio: Assistenza infermieristica e fisioterapica, Accompagnamento per visite mediche o cicli di terapia, nonché un supporto per il disbrigo delle quotidianità.

Inoltre, potresti richiedere un parere medico complementare e ricevere indicazioni mediche diagnostiche e terapie supplementi.

Consulta l'Articolo 25 delle condizioni di assicurazione per scoprire tutti i servizi di Assistenza a tua disposizione.

Cosa assicuro – AMBITO VISITE E ACCERTAMENTI

Art. 5 | Visite, Accertamenti e Fisioterapia

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

- a) visite mediche rese necessarie da malattia o infortunio;
- b) accertamenti diagnostici, esami ed analisi di laboratorio resi necessari da malattia o infortunio;
- c) follow up: per una durata di cinque anni dalla data di cessazione del ricovero del primo intervento o dell'intervento di recidiva, purché effettuate durante la validità del contratto, per le seguenti patologie: neoplasie maligne, infarto miocardico acuto e ictus cerebro vascolare;
- d) trattamenti Fisioterapici e Rieducativi dell'Assicurato purché effettuati nei trecentosessanta (360) giorni successivi alla data dell'infortunio o alla cessazione del ricovero o dell'intervento chirurgico senza ricovero nel caso di malattia. In caso d'infortunio lo stesso deve essere documentato da referto e/o certificato medico comprovante le lesioni rilasciato da un ortopedico o fisiatra o medico specializzato in medicina sportiva.
- e) terapie neoplastiche: terapie ambulatoriali rese necessarie da neoplasie.

f) visite di consulenza psicologica ove prescritto dal medico specialista a seguito di neoplasia maligna effettuate nei 360 giorni successivi alla cessazione del ricovero o dell'intervento chirurgico senza ricovero a parziale deroga dell'Art. 17 – “Esclusioni”.

Il rimborso delle spese previste dal presente articolo viene effettuato con applicazione di uno scoperto con il minimo di Euro quaranta (€40,00) qualora l'Assicurato, previa autorizzazione della Centrale Operativa AXA, si rivolga ad un istituto di cura, centro diagnostico o a medico convenzionato con AXA, altrimenti il minimo è elevato a Euro sessanta (€60,00).

Si applica lo scoperto del 20% con i relativi minimi per:

- ogni visita medica di cui al punto a)
- ogni serie di accertamenti diagnostici, esami ed analisi di laboratorio di cui al punto b), follow-up di cui al punto c), trattamenti Fisioterapici e rieducativi di cui al punto d), terapie neoplastiche di cui al punto e), visite di consulenza psicologia di cui al punto f) previsti da un'unica prescrizione medica e relative alla stessa patologia o sospetto diagnostico.

Si applica lo scoperto del 25% con i relativi minimi per ogni prescrizione medica relativa alla stessa patologia o sospetto diagnostico che preveda almeno una visita medica ed almeno un accertamento diagnostico.

Si applica il rimborso integrale per le spese sostenute per ticket relativi a tutte le prestazioni previste dal presente articolo nel caso in cui l'Assicurato sia ricorso al Servizio Sanitario Nazionale.

*Lo sapevi che, grazie alla garanzia Assistenza 360 hai la possibilità di svolgere consulto da remoto con medici specialistici al telefono o anche in videochiamata. Inoltre, potresti chiedere alla Centrale Operativa IPA l'attivazione di servizi di assistenza a domicilio, tra cui ad esempio: Assistenza fisioterapica, accompagnamento per visite mediche o cicli di terapia. In caso di neoplasia e conseguente terapia oncologica potresti invece chiedere l'attivazione del servizio di trattamento professionale di estetica oncologica. **Consulta l'Articolo 25 delle condizioni di assicurazione per scoprire tutti i servizi di Assistenza a tua disposizione.***

Art. 6 | Alta diagnostica e Fisioterapia

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

a) i seguenti accertamenti diagnostici resi necessarie da malattia o infortunio.

Ago aspirato con ago sottile	Flebografia
Angiografia (flebografia, arteriografia, angiopneumografia, linfografia, coronarografia o cateterismo cardiaco)	Fluorangiografia oculare
Artrografia	Isterosalpingografia
Broncoscopia o Fibrobroncoscopia	Laparoscopia, Rettoscopia, Esofago gastroduodenoscopia, Pancolonscopia
Cistoscopia	Mammografia BILATERALE e galattografia
Cistometria o cistografia	Mielografia
Cistouretrografia	Mineralogia Ossea Computerizzata (M.O.C.)
Colangiopancreatografia endoscopica retrograda (CPRE), Colangiografia intravenosa, Colangiografia percutanea, Colangiografia trans Kehr	Monitoraggio pressione arteriosa 24 ore (Holter pressorio)
Colecistografia	OCT o TAC OCULARE
Colonscopia virtuale o colonTC	Polisonnografia
Defecografia	Prelievo biptico con indagine istologica
Dermatoscopia digitale (Epiluminescenza digitale)	Risonanza Magnetica (R.M.)

Condizioni di Assicurazione

Norme che regolano l'assicurazione – sezione malattia

Ecocardiografia (Ecocardi Doppler, Ecocardiogramma mono/bilaterale più color Doppler)	Scintigrafia -SPECT (Tomografia ad emissione di fotone singolo)
Ecografia	Stroboscopia laringea digitale
Ecotomografia vascolare (Doppler)	Studio urodinamico
Eco Color (Doppler)	Test del respiro
EEG Mapping (Mapping del cervello)	Test Ergometrico o test da sforzo cardiaco
Elettrocardiogramma dinamico (Holter ECG)	Tomografia a emissione di positroni (PET)
Elettromiografia (EMG) o Elettroencefalografia (ENG)	Tomografia Computerizzata (T.C.)
Elettroretinografia	Urografia
Fistulografia	

b) follow up: per una durata di cinque anni dalla data di cessazione del ricovero del primo intervento o dell'intervento di recidiva, purché effettuate durante la validità del contratto, per le seguenti patologie: neoplasie maligne, infarto miocardico acuto e ictus cerebro vascolare.

c) trattamenti Fisioterapici e Rieducativi dell'Assicurato purché effettuati nei trecentosessanta (360) giorni successivi alla data dell'infortunio o alla cessazione del ricovero o dell'intervento chirurgico senza ricovero nel caso di malattia. In caso d'infortunio lo stesso deve essere documentato da referto e/o certificato medico comprovante le lesioni rilasciato da un ortopedico o fisiatra o medico specializzato in medicina sportiva.

d) terapie neoplastiche: terapie ambulatoriali rese necessarie da neoplasie.

e) visite di consulenza psicologica ove prescritto dal medico specialista a seguito di neoplasia maligna effettuate nei trecentosessanta (360) giorni successivi alla cessazione del ricovero o dell'intervento chirurgico senza ricovero a parziale deroga dell'Art. 17 – "Esclusioni".

Il rimborso delle spese previste dal presente articolo viene effettuato con applicazione dello scoperto del 20% con il minimo di Euro quaranta (€40,00) qualora l'Assicurato, previa approvazione da parte di AXA (tramite Centrale Operativa) si rivolga ad un istituto di cura, centro diagnostico o a medico convenzionato con AXA, altrimenti il minimo è elevato a Euro sessanta (€60,00).

Si applica lo scoperto del 20% con i relativi minimi per ogni serie di accertamenti diagnostici di cui al punto a), follow-up di cui al punto b), trattamenti Fisioterapici e rieducativi di cui al punto c), terapie neoplastiche di cui al punto d), visite di consulenza psicologica di cui al punto e) previsti da un'unica prescrizione medica e relative alla stessa patologia o sospetto diagnostico.

Si applica il rimborso integrale per le spese sostenute per ticket relativi a tutte le prestazioni previste dal presente articolo nel caso in cui l'Assicurato sia ricorso al Servizio Sanitario Nazionale

*Lo sapevi che, grazie all'Assistenza Base, hai la possibilità di svolgere consultazioni da remoto con medici specialistici al telefono o anche in videochiamata. Inoltre, qualora la tua polizza prevedesse la garanzia Assistenza 360, potresti chiedere alla Centrale Operativa IPA l'attivazione di servizi di assistenza a domicilio, tra cui ad esempio: Assistenza fisioterapica o ecografia/ radiografia a domicilio. In caso di neoplasia e conseguente terapia oncologica potresti invece chiedere l'attivazione del servizio di trattamento professionale di estetica oncologica. **Consulta gli Articoli 24 e 25 delle condizioni di assicurazione per scoprire tutti i servizi di Assistenza a tua disposizione.***

Art. 7 | Visite e Accertamenti Urgenti e Brevi

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

a) visite mediche rese necessarie da malattia o infortunio;

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

Le prestazioni di cui ai punti a) e b) del presente articolo devono essere prescritte da medico curante o specialista

esclusivamente con prescrizione medica rilasciata in regime di SSN con indicazione di prestazione Urgente o Breve secondo quanto previsto dalle disposizioni del SSN.

Il rimborso delle spese previste dal presente articolo viene effettuato con applicazione di una franchigia di € 50 per:

- ogni visita medica di cui al punto a)
- ogni accertamento diagnostico, esame e analisi di laboratorio, di cui al punto b)

Si applica il rimborso integrale per le spese sostenute per ticket relativi a tutte le prestazioni previste dal presente articolo nel caso in cui l'Assicurato sia ricorso al Servizio Sanitario Nazionale.

*Lo sapevi che, qualora la tua polizza prevedesse anche la garanzia Assistenza 360, potresti chiedere alla Centrale Operativa IPA l'attivazione di servizi di assistenza a domicilio, tra cui ad esempio: Accompagnamento per visite mediche, prelievo campioni o ecografia/ radiografia a domicilio nonché un supporto per il disbrigo delle quotidianità. **Consulta l'Articolo 25 delle condizioni di assicurazione per scoprire tutti i servizi di Assistenza a tua disposizione.***

Art. 8 | Infortuni e gesso

La garanzia prevede un massimale di rimborso spese mediche e una diaria da gessatura in caso di infortunio.

8.1 Rimborso spese

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).

8.2 Diaria da gessatura o traumi

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 novanta (90) giorni** per sinistro;
- frattura del **bacino, del cranio e/o di vertebre**, radiograficamente accertata e non comportante gessatura per un periodo **massimo di quaranta (40) giorni** per sinistro;
- **frattura delle costole e/o dello sterno e/o della scapola** radiograficamente accertata e non comportante gessatura per un periodo **massimo di dieci (10) giorni** per sinistro;
- 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 quaranta **(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.

Condizioni di Assicurazione

Norme che regolano l'assicurazione – sezione malattia

*Lo sapevi che, grazie alla garanzia Assistenza 360 potresti chiedere alla Centrale Operativa IPA il reperimento di presidi medico-chirurgici, l'attivazione di servizi di assistenza a domicilio, tra cui ad esempio: Assistenza fisioterapica, Accompagnamento per visite mediche o cicli di terapia nonché un supporto per il disbrigo delle quotidianità e invio della spesa a casa. **Consulta l'Articolo 25 delle condizioni di assicurazione per scoprire tutti i servizi di Assistenza a tua disposizione.***

Cosa assicuro – AMBITO DIARIE

Art. 9 | 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. 10 | Diaria da Convalescenza

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 **cinque (5) volte quelli del ricovero**, comunque col massimo di **quaranta (40) giorni**, in caso di ricovero con intervento chirurgico terapeutico o day surgery;
- **tre (3) giorni** in caso di **parto fisiologico o aborto terapeutico**;
- **sette (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 o in caso di intervento chirurgico ambulatoriale.

Cosa assicuro – AMBITO PREVENZIONE

Art. 11 | Check up e Test DNA nutrizionale

Qualora la garanzia sia prevista in polizza, ogni due anni, l'Assicurato potrà sottoporsi ad una prestazione tra:

- check up di prevenzione;
- test DNA nutrizionale.

Le due prestazioni sono tra loro alternative ovvero l'utilizzo di una esclude l'utilizzo dell'altra prima di due anni dall'ultimo utilizzo. Il test del DNA nutrizionale è eseguibile una sola volta per tutta la durata della relazione contrattuale con AXA, anche se intrattenuta mediante diversa polizza, ed è totalmente a carico di AXA. L'utilizzo del Test DNA nutrizionale esclude la possibilità di utilizzo del check up prima di due anni.

11.1 Check up

Il check-up è uno strumento utile 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

Condizioni di Assicurazione

Norme che regolano l'assicurazione – sezione malattia

Come usufruire del check up

La tipologia di check up e le relative prestazioni sanitarie a cui l'Assicurato potrà accedere variano in base all'età e al genere dello stesso.

Le prestazioni sanitarie previste dal Check up:

	Donna	Uomo
fino a 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
oltre i 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

L'Assicurato potrà sottoporsi al check up presso le strutture convenzionate reperibili sul sito lamiasalute.axa.it e nell'Area Salute disponibile nella app My AXA e nell'Area Clienti del sito axa.it. L'Assicurato potrà comunque contattare la Centrale Operativa AXA per consulenza o delucidazioni circa le strutture convenzionate.

Per poter effettuare il check up, l'Assicurato potrà richiedere ad AXA di prenotare lo stesso in una delle strutture convenzionate tramite:

- Compilazione dell'apposito modulo presente nell'Area Salute disponibile nella **app My AXA** e nell'**Area Clienti** del sito axa.it e lamiasalute.axa.it;
- Contatto telefonico con la Centrale Operativa AXA.

In alternativa, l'Assicurato potrà prenotare autonomamente il check-up presso una struttura convenzionata e, successivamente, darne comunicazione alla Centrale Operativa AXA tramite l'apposito servizio presente nell'**Area Salute** disponibile nella **app My AXA** e nell'**Area Clienti** del sito axa.it e lamiasalute.axa.it, o tramite contatto telefonico, affinché questa possa preventivamente autorizzare la prestazione inviando conferma della presa in carico in forma diretta.

La Centrale Operativa AXA 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

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) e se non utilizzato nello stesso anno il servizio di Test DNA nutrizionale, è richiesta una partecipazione al costo di **Euro cento (€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.

AXA non verrà in alcun modo a conoscenza degli esiti del check up.

La documentazione sanitaria potrà essere richiesta solo in caso di denuncia di sinistro, secondo le modalità previste dagli Art. 20 - “Cosa fare in caso di sinistro”.

11.2 Test DNA nutrizionale:

Il **test del DNA** è un esame che consente di:

- studiare un piano alimentare personalizzato per la prevenzione del danno cardiovascolare, ritrovare il peso forma e controllare i fattori di rischio che predispongono a diverse patologie;
- verificare la predisposizione genetica alle intolleranze e sensibilità alimentari più comuni;
- studiare alcune varianti genetiche con l'obiettivo di ridurre il rischio di infortunio ed aumentare il livello di performance sportiva.

La prestazione comprende tutti i pacchetti previsti dalla seguente tabella:

TEST DNA NUTRIZIONALE	
PACCHETTI	VALORE DELLE ANALISI
Salute & Benessere completo	Indagine del DNA che consente di studiare un piano alimentare personalizzato per prevenire il danno cardiovascolare, ritrovare il peso forma e controllare i fattori di rischio che predispongono a diverse patologie: Salute delle ossa, Antiaging, risposta infiammatoria, ecc..
Intolleranza completo	Linea studiata per rilevare la predisposizione genetica alle intolleranze e sensibilità alimentari: Intolleranze verso vari disaccaridi (es lattosio, ecc...), sensibilità verso sostanze quali Caffaina, Alcool, ecc...
Sport attivo completo	Studio di varianti genetiche per ridurre il rischio di infortunio e aumentare il livello di performance: <u>Test Performance</u> : controllo delle intolleranze e predisposizione agli sforzi <u>Test Injury</u> : controllo lassità articolare, Predisposizione tendinopatie, Debolezza muscolare e tendenza alle lesioni

AXA si riserva la facoltà di modificare le prestazioni del test del DNA nutrizionale oggetto della presente prestazione, in funzione dell'aggiornamento dei protocolli d'indagine.

Come usufruire del test DNA nutrizionale

L'Assicurato potrà richiedere l'attivazione del servizio tramite:

- Compilazione dell'apposito modulo presente nell'Area Salute disponibile nella **app My AXA** e nell'**Area Clienti** del sito axa.it e lamiasalute.axa.it;
- Contatto telefonico con la Centrale Operativa AXA.

Una volta verificata dalla Centrale Operativa AXA la fruibilità del servizio, l'Assicurato riceverà tutte le informazioni utili.

Condizioni di Assicurazione

Norme che regolano l'assicurazione – sezione malattia

La Centrale Operativa AXA 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

E' compresa nella prestazione una consulenza con uno **specialista della nutrizione** per l'analisi dei risultati del test.

Il test del DNA nutrizionale è eseguibile una sola volta per tutta la durata della relazione contrattuale con AXA, anche se intrattenuta mediante diversa polizza, ed è totalmente a carico di AXA. L'utilizzo del Test DNA nutrizionale esclude la possibilità di utilizzo del check up prima di due anni.

AXA non verrà a conoscenza degli esiti del test del DNA nutrizionale.

Come mi assicuro - Condizioni particolari

(Opzioni a scelta dell'assicurato operanti solo se richiamate in polizza)

Art. 12 | P1 – Ricoveri e Interventi TOP con franchigia.

Fermi i limiti di indennizzo previsti, il rimborso delle spese relative alle prestazioni comprese dalla lettera a) alla lettera t) dell'Art. 1 – “Ricoveri, interventi e day hospital TOP”, sarà effettuato con la detrazione della franchigia prevista in polizza per ogni ricovero, day hospital/day surgery o intervento chirurgico ambulatoriale, anche se sostenute presso strutture sanitarie o medici convenzionati con AXA. Si applica una sola volta in caso di ricoveri ravvicinati (Art. 21 Criteri di liquidazione e pagamento dell'indennizzo punto 8) Ricoveri ravvicinati).

Non si applica all'indennità sostitutiva e ai ticket relativi al Servizio Sanitario Nazionale.

Art. 13 | P3 – Ricoveri e Interventi TOP con scoperto fuori convenzione

Fermi i limiti di indennizzo previsti, il rimborso delle spese relative alle prestazioni comprese dalla lettera a) alla lettera t) dell'Art. 1 – “Ricoveri, interventi e day hospital TOP”, sarà effettuato con l'applicazione di uno scoperto del 20%, con un minimo di Euro duemilacinquecento (€2.500,00) e un massimo di Euro diecimila (€10.000,00) per ciascun ricovero, day hospital/day surgery o intervento chirurgico ambulatoriale. Si applica una sola volta in caso di ricoveri ravvicinati (Art. 21 Criteri di liquidazione e pagamento dell'indennizzo punto 8) Ricoveri ravvicinati).

Non si applica alle prestazioni preventivamente autorizzate dalla Centrale Operativa presso strutture e/o medici convenzionati, all'indennità sostitutiva, ai ticket relativi al Servizio Sanitario Nazionale.

Art. 14 | P2 – Visite, Accertamenti e Fisioterapia senza visite specialistiche

Fermi i limiti di indennizzo previsti, la garanzia di cui all'Art. 5 “Visite, Accertamenti e Fisioterapia” sarà operante con esclusione delle prestazioni di cui al punto a) visite mediche rese necessarie da malattia o infortunio.

Art. 15 | Q1 – Rinuncia alla compilazione del questionario sanitario

AXA rinuncia alla compilazione del questionario sanitario da parte degli Assicurati.

L'assicurazione non è operante per malattie e stati patologici conosciuti e/o diagnosticati anteriormente alla data di effetto del contratto e relative conseguenze e complicanze. Si conferma il contenuto dell'Art. 16 “Termini di aspettativa” e dell'Art. 17 “Esclusioni”.

Cosa non assicuro

Art. 16 | Termini di aspettativa

Fermo quanto previsto dall'Art. 39 - “Pagamento del premio e decorrenza dell'assicurazione” le garanzie della sezione

malattia, ambito Ricoveri e Interventi, Visite e Accertamenti, Diarie e Prevenzione sono efficaci dalle ore 24 del:

- **giorno di decorrenza dell'assicurazione**, per gli infortuni, il check up e il test DNA nutrizionale occorsi successivamente a tale data;
- **30°** giorno successivo a quello di decorrenza dell'assicurazione, per le malattie in caso l'Assicurato abbia compilato il questionario sanitario;
- **90°** giorno successivo a quello di decorrenza dell'assicurazione, per le malattie in caso l'Assicurato NON abbia compilato il questionario sanitario;
- **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;
- **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 e non esclusi;
- **180°** giorno successivo a quello di effetto dell'assicurazione per le conseguenze di stati patologici non conosciuti dall'Assicurato ma insorti anteriormente alla stipulazione della polizza;
- **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, i termini di aspettativa sopra riportati 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. 17 | Esclusioni

L'assicurazione non è operante per:

- 1) malattie e stati patologici conosciuti e/o diagnosticati anteriormente alla data di effetto del contratto e relative conseguenze e complicanze in assenza di questionario sanitario;
- 2) malattie e stati patologici conosciuti e/o diagnosticati anteriormente alla data di effetto del contratto sottaciuti dall'Assicurato ad AXA con dolo o colpa grave all'atto della stipula del contratto in presenza di questionario sanitario e relative conseguenze e complicanze;
- 3) 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;
- 4) le prestazioni sanitarie e le cure 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) salvo quanto previsto dall'Art. 5 "Visite, Accertamenti e Fisioterapia" lettera f) e dall'Art. 6 "Alta Diagnostica e Fisioterapia" lettera e);
- 5) le prestazioni sanitarie e le cure per infertilità, sterilità maschile e femminile, fecondazione assistita e simili, impotenza;
- 6) l'aborto volontario non terapeutico;
- 7) le prestazioni sanitarie e la cura dell'alcolismo e della tossicodipendenza e le loro conseguenze e complicanze;
- 8) la cura di intossicazioni conseguenti ad abuso di alcoolici o ad uso non terapeutico di psicofarmaci, di stupefacenti

Condizioni di Assicurazione

Norme che regolano l'assicurazione – sezione malattia

o di allucinogeni;

- 9) le prestazioni sanitarie relative a infezione H.I.V. o sindrome da immunodeficienza acquisita (A.I.D.S.), e loro conseguenze e complicanze;
- 10) gli infortuni causati dallo stato di ubriachezza dell'Assicurato o dall'effetto di allucinogeni, stupefacenti o psicofarmaci assunti non a scopo terapeutico dall'Assicurato;
- 11) 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;
- 12) gli infortuni causati dalla pratica di sport aerei in genere o dalla partecipazione a gare motoristiche ed alle relative prove;
- 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 dall'Art. 1 "Ricoveri e Interventi TOP" lettera l);
- 14) le prestazioni sanitarie, le cure e gli interventi per la eliminazione o correzione di malformazioni, salvo quanto previsto dall'Art. 1 "Ricoveri e Interventi TOP" lettera l) e salvo le malformazioni di cui l'Assicurato sia portatore inconscio;
- 15) la correzione dei vizi di rifrazione (miopia, astigmatismo, ipermetropia e presbiopia);
- 16) le prestazioni sanitarie, le applicazioni, le cure e gli interventi di carattere estetico (salvo quanto previsto dall'Art. 1 "Ricoveri e Interventi TOP" lettera i) - dall'Art. 2 "Ricoveri e Interventi PREMIUM" lettera i) - dall'Art. 4 "Ricoveri e Interventi Patologie Gravi" lettera i);
- 17) le prestazioni odontoiatriche ed ortodontiche comprese le visite, cure, protesi, parodontopatie, salvo quanto previsto dall'Art. 1 "Ricoveri e Interventi TOP" lettera j) - dall'Art. 2 "Ricoveri e Interventi PREMIUM" lettera j) - dall'Art. 4 "Ricoveri e Interventi Patologie Gravi" lettera j);
- 18) le prestazioni sanitarie non riconosciute dalla medicina ufficiale, quelle non effettuate da medici o paramedici abilitati all'esercizio dell'attività professionale iscritti allo specifico albo professionale salvo quanto previsto dall'Art. 5 "Visite, Accertamenti e Fisioterapia" lettera f) e dall'Art. 6 "Alta Diagnostica e Fisioterapia" lettera e);
- 19) 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.);
- 20) le conseguenze di movimenti tellurici, inondazioni ed eruzioni vulcaniche, (salvo quanto previsto dall'Art. 34 - "Eventi naturali catastrofici");
- 21) le conseguenze di guerre (dichiarate o non dichiarate), insurrezioni, (salvo quanto previsto dall'Art. 35 - "Rischio di guerra");
- 22) le conseguenze di qualsiasi atto di terrorismo, di tumulti popolari, atti violenti od aggressioni, cui l'Assicurato abbia preso parte attiva;
- 23) 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;
- 24) le spese non direttamente inerenti la cura o l'intervento, quali ad esempio spese per telefonate, televisione, bar, ristorante e simili;
- 25) gli accertamenti diagnostici, la psicoterapia, le terapie mediche e quelle chirurgiche, legati ai disturbi d'identità sessuale;
- 26) le prestazioni finalizzate alla prevenzione delle patologie familiari;
- 27) 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).

Art. 18 | Tabella 1: Tabella riassuntiva di limiti, franchigie e/o scoperti

Garanzia	Prestazione	Limite di indennizzo	Scoperto e/o franchigia
Ricoveri e Interventi TOP (Art. 1)		5.000.000€ (massimale per persona e per evento)	Rimborso Integrale. Nessuno scoperto/ franchigia
	visite specialistiche, accertamenti diagnostici (compresi gli onorari medici), esami ed analisi di laboratorio, trattamenti fisioterapici o rieducativi, trasporto dell'assicurato PRIMA e DOPO il ricovero, day surgery o intervento chirurgico ambulatoriale.	120 giorni PRIMA 150 giorni DOPO	
	Parto fisiologico	3.500€	
	Parto con taglio cesareo, aborto terapeutico	7.000€	
	applicazione di protesi dentarie (comprese il costo di quest'ultime) a seguito di neoplasie benigne o infortunio documentato da referto di pronto soccorso o di ricovero (Art. 1.2 lettera j)	5.000€	
	in caso di parto indennizzabile a termini di polizza, le spese sostenute per: • Interventi chirurgici sul feto • Cure del neonato rese necessari da malattia anche congenita e/o da malformazioni, difetti fisici o da infortunio (Art. 1.2 lettera l)	30.000€ e fino a 60 giorni di vita per il neonato	
	Indennità sostitutiva:	140€ al giorno per max 120 giorni (per anno assicurativo)	
	Indennità sostitutiva in caso di day hospital:	70€ al giorno per max 120 giorni (per anno assicurativo)	
	Acquisto/noleggio apparecchi ortopedici/protetici/fisioterapici (Art. 1.3 lettera o)	nei 150 giorni successivi al ricovero, day surgery o intervento chirurgico ambulatoriale	

Condizioni di Assicurazione

Norme che regolano l'assicurazione – sezione malattia

Garanzia	Prestazione	Limite di indennizzo	Scoperto e/o franchigia
Ricoveri e Interventi TOP (Art. 1)	Ernie (salvo quelle discali), appendiciti, varici ed emorroidi	7.000€ (per le spese sostenute presso strutture e/o medici non convenzionati con AXA. La parte di spese sostenute in regime di convenzionamento (autorizzate dalla Centrale Operativa AXA) presso strutture e medici convenzionati con AXA non concorrono a saturare il limite d'indennizzo.)	
	Ernie discali	12.500€ (per le spese sostenute presso strutture e/o medici non convenzionati con AXA. La parte di spese sostenute in regime di convenzionamento (autorizzate dalla Centrale Operativa AXA) presso strutture e medici convenzionati con AXA non concorrono a saturare il limite d'indennizzo.)	
Condizione particolare P1 – Ricoveri e Interventi TOP con franchigia	Tutte le prestazioni di cui Art. 1 Ricoveri e Interventi TOP		<u>Condizione particolare P1 - franchigia</u> Applicazione della franchigia selezionata e riportata in polizza per ogni ricovero, day hospital/day surgery o intervento chirurgico ambulatoriale. Non si applica all'indennità sostitutiva e ai ticket relativi al Servizio Sanitario Nazionale. Si applica una sola volta in caso di ricoveri ravvicinati (Art. 21 punto 8)
Condizione particolare P3 - Ricoveri e Interventi TOP in Convenzione	Tutte le prestazioni di cui Art. 1 Ricoveri e Interventi TOP		<u>Condizione particolare P3 – In Convenzione</u> Applicazione dello scoperto del 20%, con un minimo di € 2.500,00 e un massimo di €10.000,00 per ogni ricovero, day hospital/day surgery o intervento chirurgico ambulatoriale. Non si applica alle prestazioni preventivamente autorizzate dalla Centrale Operativa presso strutture e/o medici convenzionati, all'indennità sostitutiva, ai ticket relativi al Servizio Sanitario Nazionale.

Garanzia	Prestazione	Limite di indennizzo	Scoperto e/o franchigia
Ricoveri e Interventi PREMIUM	visite specialistiche, accertamenti diagnostici (compresi gli onorari medici), esami ed analisi di laboratorio, trattamenti fisioterapici o rieducativi, trasporto dell'assicurato PRIMA e DOPO il ricovero, day surgery o intervento chirurgico ambulatoriale. (Art. 2.1 e 2.3)	3.000€ (massimale per persona e per evento) effettuati nei: 120 giorni PRIMA 120 giorni DOPO	Applicazione dello scoperto del 20%, per ogni ricovero, day hospital/day surgery o intervento chirurgico ambulatoriale.
	onorari dell'equipe partecipante all'intervento, diritti di sala operatoria e materiale utilizzato durante l'intervento, assistenza medica/infermieristica, cure, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali, visite, accertamenti, esami, analisi, rette di degenza e dell'accompagnatore, spese in caso di trapianto di organi, trasporto dell'assicurato DURANTE il ricovero, day surgery o intervento chirurgico ambulatoriale. (Art. 2.2)	7.000€ (massimale per persona e per evento)	
	applicazione di protesi dentarie (comprese il costo di quest'ultime) a seguito di neoplasie benigne o infortunio documentato da referto di pronto soccorso o di ricovero (Art 2.2 lettera j)	5.000€	Non si applica alle prestazioni autorizzate dalla Centrale Operativa AXA presso strutture e/o medici convenzionati, all'indennità sostitutiva, e ai ticket relativi al Servizio Sanitario Nazionale.
	Indennità sostitutiva:	140€ al giorno per max 120 giorni (per anno assicurativo)	
	Indennità sostitutiva in caso di day hospital:	70€ al giorno per max 120 giorni (per anno assicurativo)	
	Acquisto/noleggio apparecchi ortopedici/protesi/fisioter.ci (Art 2.3 lettera n)	Fino a 1.500€ nei 120 giorni successivi al ricovero, day surgery o intervento chirurgico ambulatoriale	

GLOSSARIO
Condizioni di Assicurazione SEZIONE MALATTIA
Condizioni di Assicurazione IL SINISTRO
Condizioni di Assicurazione ASSISTENZA
Condizioni di Assicurazione NORME COMUNI
Condizioni di Assicurazione ARTICOLI DI LEGGE
INFORMATIVA SULLA PRIVACY

Condizioni di Assicurazione

Norme che regolano l'assicurazione – sezione malattia

Garanzia	Prestazione	Limite di indennizzo	Scoperto e/o franchigia
Ricoveri e Interventi COMFORT	Tutte le prestazioni di cui Art. 3 Ricoveri e Interventi COMFORT	3.000€ (per persona e per anno assicurativo)	Rimborso Integrale. Nessuno scoperto/ franchigia
	visite specialistiche, accertamenti diagnostici (compresi gli onorari medici), esami ed analisi di laboratorio, trattamenti fisioterapici o rieducativi, trasporto dell'assicurato PRIMA e DOPO il ricovero, day surgery o intervento chirurgico ambulatoriale. (Art. 3.1 e 3.3)	effettuati nei: 90 giorni PRIMA 120 giorni DOPO	
	Acquisto/noleggio apparecchi ortopedici/protesici/fisioterapici (Art 3.3 lettera i)	Fino a 1.500€ nei 120 giorni successivi al ricovero, day surgery o intervento chirurgico ambulatoriale	
Ricoveri e Interventi Patologie Gravi	Tutte le prestazioni di cui Art. 4	5.000.000€ (massimale per persona e per evento)	Rimborso Integrale. Nessuno scoperto/ franchigia
	visite specialistiche, accertamenti diagnostici (compresi gli onorari medici), esami ed analisi di laboratorio, trattamenti fisioterapici o rieducativi, trasporto dell'assicurato PRIMA e DOPO il ricovero, day surgery o intervento chirurgico ambulatoriale. (Art.4.1 e 4.3)	effettuati nei: 120 giorni PRIMA 150 giorni DOPO	
	Indennità sostitutiva:	140€ al giorno per max 120 giorni (per anno assicurativo)	
	Indennità sostitutiva in caso di day hospital:	70€ al giorno per max 120 giorni (per anno assicurativo)	
	Acquisto/noleggio apparecchi ortopedici/protesici/fisioterapici (art 4.3 lettera n)	Fino a 1.500€ nei 120 giorni successivi al ricovero, day surgery o intervento chirurgico ambulatoriale	

Garanzia	Prestazione	Limite di indennizzo	Scoperto e/o franchigia
Visite, Accertamenti e Fisioterapia	Tutte le prestazioni di cui Art. 5 Visite, Accertamenti e Fisioterapia	5.000€ (massimale per persona e per anno assicurativo)	Scoperto con il minimo di 40€ qualora l'Assicurato, previa autorizzazione della Centrale Operativa AXA, si rivolga ad un istituto di cura, centro diagnostico o a medico convenzionato con AXA, altrimenti il minimo è elevato a 60€. Si applica lo scoperto del 20% con i relativi minimi per: • ogni visita medica di cui punto a) • ogni serie di accertamenti diagnostici, esami ed analisi di laboratorio di cui al punto b), follow-up di cui al punto c), trattamenti Fisioterapici e rieducativi di cui al punto d), terapie neoplastiche di cui al punto e), visite di consulenza psicologia di cui al punto f) previsti da un'unica prescrizione medica e relative alla stessa patologia o sospetto diagnostico. Si applica lo scoperto del 25% con i relativi minimi per ogni prescrizione medica relativa alla stessa patologia o sospetto diagnostico che preveda almeno una visita medica ed almeno un accertamento diagnostico. Si applica il rimborso integrale per le spese sostenute per ticket relativi a tutte le prestazioni previste dal presente articolo nel caso in cui l'Assicurato sia ricorso al Servizio Sanitario Nazionale.
	Follow up (Art 5. lettera c)	Fino a 5 anni dalla data di cessazione del ricovero del primo intervento o dell'intervento di recidiva	
Condizione particolare P2 – Visite, Accertamenti e Fisioterapia senza visite specialistiche	Tutte le prestazioni di cui Art. 5 “Visite, Accertamenti e Fisioterapia” sono operanti eccetto le prestazioni di cui al punto a) visite mediche rese necessarie da malattia o infortunio.		

Condizioni di Assicurazione

Norme che regolano l'assicurazione – sezione malattia

Garanzia	Prestazione	Limite di indennizzo	Scoperto e/o franchigia
Alta diagnostica e Fisioterapia	Tutte le prestazioni di cui Art. 6 Alta diagnostica e Fisioterapia	3.000€ (massimale per persona e per anno assicurativo)	Scoperto del 20% con il minimo di 40€ qualora l'Assicurato, previa autorizzazione della Centrale Operativa AXA, si rivolga ad un istituto di cura, centro diagnostico o a medico convenzionato con AXA, altrimenti il minimo è elevato a 60€.
	Follow up (Art. 6. lettera b)	Fino a 5 anni dalla data di cessazione del ricovero del primo intervento o dell'intervento di recidiva	Si applica lo scoperto del 20% con i relativi minimi ogni serie di accertamenti diagnostici di cui al punto a), follow-up di cui al punto b), trattamenti Fisioterapici e rieducativi di cui al punto c), terapie neoplastiche di cui al punto d), visite di consulenza psicologia di cui al punto e) previsti da un'unica prescrizione medica e relative alla stessa patologia o sospetto diagnostico. Si applica il rimborso integrale per le spese sostenute per ticket relativi a tutte le prestazioni previste dal presente articolo nel caso in cui l'Assicurato sia ricorso al Servizio Sanitario Nazionale.
Visite e Accertamenti Urgenti e Brevi	Tutte le prestazioni di cui Art. 7 Visite e Accertamenti Urgenti e Brevi	3.000€ (massimale per persona e per anno assicurativo)	Franchigia 50€ per: • ogni visita medica di cui punto a) • ogni accertamento diagnostico, esame e analisi di laboratorio, di cui al punto b). Si applica il rimborso integrale per le spese sostenute per ticket relativi a tutte le prestazioni previste dal presente articolo nel caso in cui l'Assicurato sia ricorso al Servizio Sanitario Nazionale.
Infortuni e gesso	Tutte le prestazioni di cui Art. 8 Infortuni e gesso – 8.1 Rimborso spese	Il massimale indicato in polizza (per persona e per anno assicurativo)	Rimborso Integrale. Nessuno scoperto/ franchigia

Garanzia	Prestazione	Limite di indennizzo	Scoperto e/o franchigia
	Diaria da Gessatura o traumi di cui Art. 8 Infortuni e gesso – 8.2 Diaria da gessatura.	Diaria giornaliera assicurata in polizza. (per persona e per evento)	Il numero di giorni indennizzabili vengono calcolati in funzione dell'evento: • Gessatura = max 90gg • Fratture non ingessabili: ○ bacino,cranio,vertebre = max 40 gg ○ costole,sterno,scapola = max 10 gg • Intervento di osteosintesi= max 40 gg • Collare di Schanz\assimi.li = max 10 gg
Diaria da ricovero	Tutti gli eventi di cui Art. 9 Diaria da ricovero	Diaria giornaliera assicurata in polizza.	La diaria assicurata viene erogata in funzione dell'evento (max 365 giorni): • Ricovero in Italia 100% • Ricovero all'estero 150% • Intervento chirurgico 100% • Day hospital 50% • Day surgery 100%
Diaria da Convalescenza	Tutti gli eventi di cui Art. 10 Diaria da convalescenza	Diaria giornaliera assicurata in polizza.	Il numero di giorni indennizzabili vengono calcolati in funzione dell'evento: • Ricovero (NO intervento) =gg ric. max 30 • Intervento chirurgico= gg ric. *5 max 40 • Day surgery = gg ric. *5 max 40 • Parto\AbortoTerap = 3 gg - Parto cesareo = 7 gg
Check Up	Tutte le prestazioni di cui Art. 11.1	1 check up ogni due anni	• Nessuno scoperto o franchigia per il primo check up • Franchigia di €100,00 per i check up successivi al primo
Test DNA nutrizionale	Tutte le prestazioni di cui Art. 11.2	test DNA nutrizionale un'unica volta per tutta la durata del contratto. Non potrà essere richiesta la ripetizione anche nel caso in cui il test sia già stato eseguito su altra polizza.	• Nessuno scoperto o franchigia

GLOSSARIO
Condizioni di Assicurazione SEZIONE MALATTIA
Condizioni di Assicurazione IL SINISTRO
Condizioni di Assicurazione ASSISTENZA
Condizioni di Assicurazione NORME COMUNI
Condizioni di Assicurazione ARTICOLI DI LEGGE
INFORMATIVA SULLA PRIVACY

Sezione - Il sinistro

Come attivare le prestazioni

Art. 19 | 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 sinistri gravanti sulle garanzie malattia (convenzionamenti o rimborso spese) può essere affidata a fornitori esterni.

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

La Centrale Operativa AXA, 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 lamiasalute.axa.it o dall'**Area Salute** disponibile
nella **app My AXA** e nell'**Area Clienti** del sito axa.it

Per informazioni sui sinistri, sulle strutture sanitarie convenzionate e sui medici, o per richiedere la prenotazione del check up o di prestazioni extraospedaliere, l'Assicurato potrà utilizzare gli appositi servizi presenti all'interno della propria Area Salute, disponibile nell'area clienti accessibile da axa.it e da app My AXA oppure contattare telefonicamente la Centrale Operativa.

La Centrale Operativa AXA 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

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

Il Contraente riconosce espressamente l'assenza di qualsivoglia responsabilità in capo ad AXA derivante dalle prestazioni o dalla loro esecuzione da parte delle strutture sanitarie e dai medici convenzionati.

Nel caso di ricovero, intervento chirurgico, visite, esami ed accertamenti diagnostici in strutture sanitarie o con medici convenzionati - salvo i casi di comprovata urgenza - al fine di agevolare le procedure occorre contattare la Centrale Operativa AXA con un preavviso di almeno 48 ore lavorative.

Art. 20 | Cosa fare in caso di sinistro

Per la denuncia del 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 lamiasalute.axa.it, entro tre giorni da quando ne ha avuto conoscenza, ai sensi dell'Art. 1913 c.c.

Qualora l'Assicurato intenda rivolgersi a strutture sanitarie o medici convenzionati 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 AXA 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, come disposto dall'Art. 21 "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, 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 sostenute per il rilascio di certificati medici e ad ogni altra documentazione medica richiesta sono a carico dell'Assicurato.

Art. 21 | Criteri di liquidazione e pagamento dell'indennizzo

Criteri di liquidazione

1) Utilizzo di strutture sanitarie e medici convenzionati con AXA

Qualora l'Assicurato abbia optato per il ricorso alle strutture sanitarie e medici convenzionati, previa autorizzazione della Centrale Operativa AXA, 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, anche tramite incaricati per conto dell'Assicurato, le spese sostenute per prestazioni sanitarie previste dal contratto, fermi 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, l'invalidità 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 comunicate all'Assicurato, il quale dovrà rimborsare il dovuto entro e non oltre i 30 giorni successivi. Qualora l'Assicurato non adempia, AXA potrà agire giudizialmente nei suoi confronti, senza ulteriore avviso.

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

Condizioni di Assicurazione

Norme che regolano l'assicurazione – il sinistro

avvalersi delle strutture convenzionate, previa autorizzazione della Centrale Operativa AXA e di medici non convenzionati, fermo quanto previsto dal punto 1), l'Assicurato dovrà personalmente pagare gli onorari dei professionisti non convenzionati e successivamente chiederne il rimborso.

L'Assicurato o i suoi familiari devono pertanto far pervenire alla Centrale Operativa AXA, tramite l'Agenzia alla quale è assegnata la polizza o utilizzando l'**Area Salute** disponibile nella **app My AXA** e nell'**Area Clienti** del sito axa.it e lamiasalute.axa.it, copia delle fatture, notule o ricevute quietanzate.

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

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

Qualora l'Assicurato si avvalga di strutture e medici non convenzionati, il rimborso delle spese sanitarie sostenute avverrà previa presentazione alla Centrale Operativa AXA della seguente documentazione, tramite l'Agenzia alla quale è assegnata la polizza o utilizzando l'**Area Salute** disponibile nella **app My AXA** e nell'**Area Clienti** del sito axa.it e lamiasalute.axa.it.

In caso di:

- **Ricovero, 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;
- **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;
- **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, notule, fatture o ricevute quietanzate valide ai fini fiscali;
- **Spese di trasporto** alla richiesta di rimborso va allegata copia dei giustificativi delle spese sostenute.

4) Corresponsione di diarie o del rimborso spese della garanzia Infortunio e gesso

- **Infortuni e gesso: Rimborso spese – Art. 8.1** 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, – Art. 8.2** 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) Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

Qualora il ricovero, day hospital, day surgery, l'intervento chirurgico ambulatoriale o le prestazioni sanitarie senza ricovero dell'Assicurato avvengano integralmente o parzialmente a carico del 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 l'erogazione dell'Indennità Sostitutiva per il ricovero, day hospital, day surgery, l'intervento chirurgico ambulatoriale.

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 inviare alla Centrale Operativa AXA tramite l'Agenzia alla quale è assegnata la polizza o utilizzando l'**Area Salute** disponibile nella **app My AXA** e nell'**Area Clienti** del sito axa.it e lamiasalute.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

AXA, verificata l'operatività della garanzia attraverso 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, decorrenti dal completamento dell'istruttoria; si impegna altresì a pagare la somma offerta entro 15 dalla conoscenza della sua accettazione, ove non sussistano motivi ostativi.

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. 22 | Anticipo indennizzo all'estero

L'Assicurato, temporaneamente all'estero, colpito da improvvisa malattia o da infortunio, necessitanti ricovero urgente presso strutture non convenzionate, ha diritto ad un anticipo sino al 60% della somma preventivata della spesa occorrente, debitamente documentato da parte della struttura sanitaria, esclusivamente per il caso in cui sia prevista una spesa superiore a € 2.000 e ricorrano tutte le condizioni per l'efficacia dell'assicurazione.

L'Assicurato potrà richiedere l'anticipo dei costi delle spese sanitarie, secondo le modalità previste dall'Art. 20 – “Cosa fare in caso di sinistro”.

AXA verificata l'operatività della garanzia, ricevuta la documentazione (ad es.: relazione del medico ospedaliero comprovante patologie e prestazioni da eseguire) e compiuti gli accertamenti del caso, si impegna a versare l'importo pattuito su conto corrente italiano dell'Assicurato. Non verranno eseguiti accrediti o pagamenti da parte di AXA su conti correnti esteri od in valuta estera.

L'importo anticipato dalla Società verrà conguagliato al momento della presentazione della fattura correttamente quietanzata, nonché della cartella clinica relativa al ricovero subito entro e non oltre 90 giorni dall'accredito.

Qualora non pervenisse entro tale data la fattura quietanzata o si dovesse successivamente accertare, relativamente all'evento per il quale l'Assicurato ha usufruito dell'anticipo dell'indennizzo, l'invalidità o l'inefficacia dell'assicurazione l'Assicurato sarà tenuto a rimborsare quanto ricevuto.

Art. 23 | 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 rifiuta di firmare il relativo verbale, nel qual caso il rifiuto deve essere attestato dagli altri medici nel verbale stesso.

Sezione Assistenza

Premessa

La gestione dei sinistri 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.

AXA, lasciando invariati la portata e i limiti di tali prestazioni, ha facoltà di affidare tali servizi ad altra impresa; il cambio del fornitore non costituisce motivo di risoluzione del contratto.

Cosa assicuro

Garanzia Assistenza

(sempre operante)

Art. 24 | Assistenza Base

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

Consulto con medico generico e pediatra

Il servizio è accessibile 24 ore su 24, tutti i giorni dell'anno, tramite chiamata telefonica o video chiamata. Qualora l'Assicurato abbia bisogno di effettuare un consulto medico da remoto in caso di urgenza conseguente a infortunio o malattia improvvisa, potrà contattare telefonicamente la Centrale Operativa IPA che trasferirà la chiamata alla propria équipe medica che 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. In alternativa il servizio potrà essere attivato tramite l'Area Salute AXA, anche prenotando uno slot orario in cui ricevere una chiamata o videochiamata dal medico prescelto. L'équipe medica è composta da:

- medico generico (prestazioni illimitate);
- pediatra (prestazioni illimitate).

Dove è valida la prestazione

La prestazione "Consulto con medico generico e pediatra" è valida dall'Italia e dall'estero.

Consulto con medici specialisti

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

Qualora l'Assicurato abbia bisogno di organizzare un consulto medico da remoto in caso di urgenza conseguente a infortunio o malattia improvvisa, potrà contattare telefonicamente la Centrale Operativa IPA che 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. In alternativa il servizio potrà essere attivato tramite l'Area Salute AXA, anche prenotando uno slot orario in cui ricevere una chiamata dal medico specialista prescelto.

L'équipe di specialisti è composta da:

- **cardiologo** (con un massimo di 5 prestazioni per assicurato e per anno)
- **ortopedico** (con un massimo di 5 prestazioni per assicurato e per anno)
- **ginecologo** (con un massimo di 5 prestazioni per assicurato e per anno)

- **neurologo** (con un massimo di 5 prestazioni per assicurato e per anno)

Dove è valida la prestazione

La prestazione “Consulto con medici specialisti” è valida dall'Italia e dall'estero.

Consulenza psicologica

L'Assicurato potrà avere accesso a **consulti con psicologi**, nelle seguenti modalità:

1. consulto telefonico urgente a disposizione H24;
2. videochiamata con psicologi, a disposizione in soli orari d'ufficio, attivata dall'equipe medica, qualora lo valuti necessario in caso di:
 - diagnosi di malattia improvvisa, malattia cronico degenerativa o acuta (incluse neoplasie), infortunio; la prestazione deve essere richiesta indicativamente nei 60 giorni successivi all'evento;
 - stress causato da eventi quali pandemie, terremoti, catastrofi naturali, incendi, scoppi, coinvolgimento in incidenti stradali gravi, propri o di un familiare, lutto, bullismo, cyberbullismo ecc;
 - gravidanza e parto, post partum, aborto spontaneo;
 - Separazione/divorzio;
 - Dipendenza da gioco d'azzardo.

La prestazione consulto psicologico verrà fornita in deroga ad eventuali esclusioni previste in polizza.

La prestazione in videochiamata verrà erogata con un massimo di 2 volte (5 sedute per ciascuna prestazione) per Assicurato e per anno.

La prestazione non prevede la prescrizione di farmaci.

Dove è valida la prestazione

La prestazione “Consulenza psicologica” è disponibile dall'Italia e dall'estero.

Prescrizione medica

Nel caso in cui, a seguito di un “Consulto con medico generico e pediatra” o “Consulto con medici specialisti”, si preveda l'assunzione di un **farmaco**, la Centrale Operativa IPA provvede a trasmettere all'Assicurato una ricetta medica “bianca” (non a carico SSN), oppure 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. L'eventuale ricetta medica “bianca” sarà consegnata direttamente all'assicurato. Inoltre, nel caso in cui, a seguito del consulto medico, si renda necessario una **visita specialistica** o un **esame diagnostico**, la centrale operativa IPA provvede a trasmettere all'assicurato una prescrizione medica su ricetta bianca.

Dove è valida la prestazione

La prestazione “Prescrizione medica” è valida esclusivamente in Italia.

Invio medico generico, pediatra o ambulanza sul posto

Qualora, in caso di urgenza, successivamente al “Consulto con medico generico e pediatra”, si valuti necessaria una visita medica per valutare le condizioni fisiopatologiche dell'Assicurato, la Centrale Operativa IPA invierà un medico generico o un pediatra convenzionato a domicilio. Qualora non sia immediatamente disponibile l'invio del medico o del pediatra, la Centrale Operativa IPA organizzerà il trasferimento in ambulanza dell'Assicurato presso il centro di primo soccorso più vicino al suo domicilio. La prestazione viene fornita con costi a carico di AXA.

Resta inteso che in caso di emergenza la Centrale Operativa IPA 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 medico generico, pediatra o ambulanza sul posto” è valida esclusivamente in Italia.

Consegna farmaci a domicilio

L'Assicurato, che a seguito di malattia o infortunio, non sia in grado di occuparsi autonomamente, sulla base di certificazione medica, dell'acquisto di medicinali, potrà inoltre usufruire della prestazione “Consegna farmaci a domicilio” per un massimo di 2 consegne all'anno. I farmaci, il cui acquisto necessita di ricetta, dovranno essere prescritti su ricetta bianca redatta dal medico della Centrale Operativa IPA che ha effettuato il consulto o da altro medico (es. medico di base, specialista, etc.). In quest'ultimo caso, la ricetta dovrà essere resa disponibile presso la farmacia selezionata dall'assicurato per l'acquisto oppure la Centrale Operativa IPA provvederà ad inviare un suo incaricato presso il luogo in cui si trova l'Assicurato per ritirare la ricetta, il contante e l'eventuale delega necessari all'acquisto, provvedendo poi alla consegna dei medicinali richiesti nel più breve tempo possibile, nel rispetto delle norme che regolano l'acquisto ed il trasporto dei medicinali.

Inoltre, l'assicurato potrà richiedere il servizio tramite l'Area Salute AXA, selezionando la farmacia di interesse all'interno del circuito delle farmacie convenzionate e, ove richiesto, inserendo la prescrizione medica necessaria.

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

Dove è valida la prestazione

La prestazione “Consegna farmaci a domicilio” è valida esclusivamente in Italia.

Art. 25 | Assistenza 360

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

Consulto con medico generico e pediatra

Il servizio è accessibile 24 ore su 24, tutti i giorni dell'anno, tramite chiamata telefonica o video chiamata. Qualora l'Assicurato abbia bisogno di effettuare un consulto medico da remoto in caso di urgenza conseguente a infortunio o malattia improvvisa, potrà contattare telefonicamente la Centrale Operativa IPA che 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. In alternativa il servizio potrà essere attivato tramite Area Salute AXA, anche prenotando uno slot orario in cui ricevere una chiamata o videochiamata dal medico prescelto. L'équipe medica è composta da:

- medico generico (prestazioni illimitate);
- pediatra (prestazioni illimitate).

Dove è valida la prestazione

La prestazione “Consulto con medico generico e pediatra” è valida dall'Italia e dall'estero.

Consulto con medici specialisti

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

Qualora l'Assicurato abbia bisogno di organizzare un consulto medico da remoto in caso di urgenza conseguente a infortunio o malattia improvvisa, potrà contattare telefonicamente la Centrale Operativa IPA che 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. In alternativa il servizio potrà essere attivato tramite l'Area Salute AXA, anche prenotando uno slot orario in cui ricevere una chiamata dal medico specialista prescelto.

L'equipe di specialisti è composta da:

- **cardiologo** (con un massimo di 5 prestazioni per assicurato e per anno);
- **ortopedico** (con un massimo di 5 prestazioni per assicurato e per anno);
- **ginecologo** (con un massimo di 5 prestazioni per assicurato e per anno);
- **urologo** (con un massimo di 5 prestazioni per assicurato e per anno);
- **dermatologo** (con un massimo di 5 prestazioni per assicurato e per anno);
- **neurologo** (con un massimo di 5 prestazioni per assicurato e per anno);
- **allergologo** (con un massimo di 5 prestazioni per assicurato e per anno).

Dove è valida la prestazione

La prestazione "Consulto con medici specialisti" è valida dall'Italia e dall'estero.

Consulenza psicologica

L'Assicurato potrà avere accesso a **consulti con psicologi**, nelle seguenti modalità:

1. consulto telefonico urgente a disposizione H24;
2. videochiamata con psicologi, a disposizione in soli orari d'ufficio, attivata dall'equipe medica, qualora lo valuti necessario in caso di:
 - diagnosi di malattia improvvisa, malattia cronico degenerativa o acuta (incluse neoplasie), infortunio; la prestazione deve essere richiesta indicativamente nei 60 giorni successivi all'evento;
 - stress causato da eventi quali pandemie, terremoti, catastrofi naturali, incendi, scoppi, coinvolgimento in incidenti stradali gravi, propri o di un familiare, lutto, bullismo, cyberbullismo ecc;
 - gravidanza e parto, post partum, aborto spontaneo;
 - Separazione/divorzio;
 - Dipendenza da gioco d'azzardo.

La prestazione consulto psicologico verrà fornita in deroga ad eventuali esclusioni previste in polizza.

La prestazione in videochiamata verrà erogata con un massimo di 2 volte (5 sedute per ciascuna prestazione) per Assicurato e per anno.

La prestazione non prevede la prescrizione di farmaci.

Dove è valida la prestazione

La prestazione "Consulenza psicologica" è disponibile dall'Italia e dall'estero.

Prescrizione medica

Nel caso in cui, a seguito di un "Consulto con medico generico e pediatra" o "Consulto con medici specialisti", si preveda l'assunzione di un **farmaco**, la Centrale Operativa IPA provvede a trasmettere all'Assicurato una ricetta medica "bianca" (non a carico SSN), oppure 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. L'eventuale ricetta medica "bianca" sarà consegnata direttamente all'assicurato. Inoltre, nel caso in cui, a seguito del consulto medico, si renda necessario una **visita specialistica** o un **esame diagnostico**, la centrale operativa IPA provvede a trasmettere all'assicurato una prescrizione medica su ricetta bianca.

Dove è valida la prestazione

La prestazione “Prescrizione medica” è valida esclusivamente in Italia.

Invio medico generico, pediatra o ambulanza sul posto

Qualora, in caso di urgenza, successivamente al “Consulto con medico generico e pediatra”, si valuti necessaria una visita medica per valutare le condizioni fisiopatologiche dell'Assicurato, la Centrale Operativa IPA invierà un medico generico o un pediatra convenzionato a domicilio. Qualora non sia immediatamente disponibile l'invio del medico o del pediatra, la Centrale Operativa IPA organizzerà il trasferimento in ambulanza dell'Assicurato presso il centro di primo soccorso più vicino al suo domicilio. La prestazione viene fornita con costi a carico di AXA.

Resta inteso che in caso di emergenza la Centrale Operativa IPA 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 medico generico, pediatra o ambulanza sul posto” è valida esclusivamente in Italia.

Consulenza nutrizionale

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 la Centrale Operativa IPA 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 due volte per Assicurato e anno assicurativo.

Dove è valida la prestazione

La prestazione “Consulenza nutrizionale” è valida esclusivamente in Italia e all'estero.

Parere medico complementare

Qualora l'Assicurato sia affetto da una patologia e/o necessiti di interventi chirurgici, potrà contattare la Centrale Operativa IPA per richiedere un “parere medico complementare” e ricevere così indicazioni diagnostiche o terapeutiche suppletive. A tal fine, la richiesta verrà indirizzata a **Istituti di Cura di eccellenza nazionali e internazionali**.

Il servizio fornisce un parere medico complementare relativamente alle seguenti patologie (a titolo esemplificativo ma non esaustivo):

- oncologiche;
- cerebrovascolari;
- neurologico degenerative (e.g. sclerosi multipla);
- del cuore e dei grandi vasi (e.g. Infarto del miocardio, scompenso cardiaco, aneurisma aortico, ecc);
- insufficienza renale;
- problemi ortopedici/fratture;
- diabete;
- patologie pediatriche;
- gastroenterologiche;
- dermatologiche;
- oculistiche;

- endocrinologiche;
- pneumologiche;
- geriatriche;
- psicologiche;
- ginecologiche;
- urologiche.

Il parere medico complementare, inviato entro il decimo 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 Parere medico complementare 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 "Consulenza psicologica" è disponibile dall'Italia e dall'estero.

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 della Centrale Operativa IPA 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 IPA:

- 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", l'Assicurato potrà contattare la Centrale Operativa IPA che procederà, se richiesto, ad organizzare 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, i familiari potranno contattare la Centrale Operativa IPA che procederà ad organizzare ed effettuare il trasporto della salma fino al luogo di inumazione nel paese di residenza o 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.

Supporto sanitario e pratico nella quotidianità

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 eccedano il massimale, il costo è a carico dell'Assicurato. Tale eventuale eccedenza viene comunicata dalla 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 IPA 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 IPA 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 medicochirurgici funzionali alla riabilitazione, ecc); inoltre dopo alcuni giorni dall'avvio della erogazione dei servizi concordati la Centrale Operativa IPA 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 "Supporto sanitario e pratico nella quotidianità necessarie. Il servizio potrà essere richiesto contattando telefonicamente la Centrale Operativa IPA o tramite l'Area Salute AXA. Laddove le prestazioni richieste non fossero più necessarie, l'Assicurato dovrà darne avviso alla Centrale Operativa IPA il prima possibile.

Dove sono valide le prestazioni

Le prestazioni di "Supporto sanitario e pratico nella quotidianità" sono valide esclusivamente in Italia.

Area sanitaria

Assistenza infermieristica a domicilio

Qualora l'Assicurato necessiti, sulla base di certificazione medica, di essere assistito presso il proprio domicilio da personale specializzato (infermieristico o socioassistenziale), potrà richiedere alla Centrale Operativa IPA 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 H24 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 IPA il reperimento e l'invio di personale convenzionato specializzato (infermieristico o socioassistenziale). 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 a domicilio

Qualora l'Assicurato necessiti, sulla base di certificazione medica, di essere assistito con urgenza presso il proprio domicilio da un fisioterapista, potrà richiedere alla Centrale Operativa IPA 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 urgente esame ematochimico, può richiedere alla Centrale Operativa IPA di organizzare il prelievo presso il proprio domicilio.

AXA terrà a proprio carico i costi relativi al personale sanitario e al materiale impiegato per effettuare il prelievo, mentre restano a carico dell'Assicurato i costi degli esami ematochimici e degli accertamenti diagnostici analizzati da laboratori convenzionati con AXA Assistance.

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 IPA di recapitarli presso il proprio domicilio o consegnarli al medico curante. La Centrale Operativa IPA 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.

Presidi medico-chirurgici

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

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

La Centrale Operativa IPA provvederà a reperirlo e terrà in carico il costo del noleggio, per il periodo necessario alle esigenze dell'Assicurato sino ad un massimo di 60 giorni per sinistro.

Se per cause indipendenti dalla volontà della Centrale Operativa IPA, risultasse impossibile reperire e/o fornire tali presidi, la Centrale Operativa IPA rimborserà all'assicurato il costo del noleggio per il periodo necessario alle esigenze dell'Assicurato sino ad un massimo di 60 giorni per sinistro. Sono comprese le eventuali spese di consegna e ritiro presso il domicilio dell'Assicurato.

Ecografia/Radiografia a domicilio

Qualora l'Assicurato necessiti, a seguito di malattia o infortunio comprovati da certificazione medica, di effettuare con urgenza un'ecografia o una radiografia, e si trovi in situazione che pregiudichi la possibilità di recarsi presso una struttura sanitaria, potrà richiedere alla Centrale Operativa IPA di organizzare la prestazione presso il proprio domicilio. AXA terrà a proprio carico il costo della prestazione.

La prestazione è fornita con un preavviso di 2 (due) giorni.

Dove è valida la prestazione

La prestazione "Ecografia/Radiografia a domicilio" è valida esclusivamente in Italia. Ove la Centrale Operativa IPA non potesse erogare la prestazione, provvederà a rimborsarne il costo all'assicurato.

Area pratica**Invio collaboratore domestico**

Qualora l'Assicurato necessiti di aiuto urgente in casa, non potendo svolgere autonomamente alle faccende domestiche per infortunio o malattia potrà richiedere alla Centrale Operativa IPA di reperire ed inviare presso il proprio domicilio un collaboratore domestico.

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 IPA 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 IPA 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 IPA 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 IPA 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 non sia in grado di condurre il veicolo e nessuno degli eventuali passeggeri possa sostituirlo alla guida, la Centrale Operativa IPA, a seguito di consulto con medico della Centrale Operativa IPA, 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 badante, potrà richiedere alla Centrale Operativa IPA 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 IPA di effettuare la consegna al proprio domicilio di generi alimentari o di prima necessità. La Centrale Operativa IPA 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.

Assistenza non specialistica H24 presso l'istituto di cura

Qualora a seguito di ricovero l'Assicurato necessiti di ricevere urgente assistenza notturna e/o diurna, potrà richiedere alla Centrale Operativa IPA il reperimento e l'invio di personale non specializzato per assistenza presso l'istituto di cura nelle piccole necessità quotidiane (camminare, essere accompagnato, mangiare) o presenza notturna.

La prestazione è fornita con un preavviso minimo di 24 ore.

AXA terrà a proprio carico il costo della prestazione.

Dove sono valide le prestazioni

Le prestazioni di "Assistenza non specialistica H24 presso l'istituto di cura" sono valide esclusivamente in alcune province italiane. È possibile consultare l'elenco aggiornato delle province nella pagina di prodotto Protezione Salute sul sito AXA.it oppure contattando la Centrale Operativa IPA.

Servizio di accompagnamento per visite mediche o cicli di terapia

Qualora l'Assicurato, a seguito di infortunio o malattia non sia in grado di spostarsi autonomamente e debba recarsi indifferibilmente dal domicilio ad una struttura sanitaria e viceversa per visite mediche o cicli di terapia (in base alla prescrizione del medico curante), la Centrale Operativa IPA provvederà ad organizzare il servizio di accompagnamento, gestendone lo spostamento e affiancando se necessario l'Assicurato nelle varie attività, quali, a titolo esemplificativo, l'orientamento, l'accettazione presso lo sportello, la compilazione di moduli e richieste, il reperimento di una carrozzina, il recepimento con chiarezza di indicazioni del medico, il ritiro dei referti, l'acquisto dei farmaci prescritti. Se richiesto ed espressamente autorizzato dall'Assicurato, la Centrale Operativa IPA potrà contestualmente tenere informata la famiglia sullo svolgimento e gli esiti della giornata.

In caso di cicli di terapia, la Centrale Operativa IPA provvederà inoltre ad organizzare il servizio di accompagnamento dell'Assicurato dalla propria abitazione alla struttura sanitaria affiancandolo per l'intera durata della terapia: dai controlli, agli esami, le infusioni, le attese, fino al rientro presso il domicilio dell'Assicurato. Se richiesto ed espressamente autorizzato dall'Assicurato, la Centrale Operativa IPA potrà contestualmente tenere informata la famiglia sullo svolgimento e gli esiti della giornata.

Il calendario della terapia viene sin da subito pianificato dalla Centrale Operativa IPA per l'intero ciclo e, qualora si verificassero cambiamenti nella programmazione, la Centrale Operativa IPA si adeguerà garantendo il servizio di accompagnamento all'Assicurato per consentire la corretta fruizione della terapia. Un servizio di "promemoria" viene attivato per permettere all'Assicurato di rispettare con precisione appuntamenti ed orari.

La prestazione è fornita con un preavviso minimo di 48 ore.

AXA terrà a proprio carico il costo della prestazione.

Dove sono valide le prestazioni

Le prestazioni del "Servizio di accompagnamento per visite mediche o cicli di terapia" sono valide esclusivamente in alcune province italiane. È possibile consultare l'elenco aggiornato delle province nella pagina di prodotto Protezione Salute sul sito AXA.it oppure contattando la Centrale Operativa IPA.

Consegna farmaci a domicilio

L'Assicurato, che a seguito di malattia o infortunio, non sia in grado di occuparsi autonomamente, sulla base di certificazione medica, dell'acquisto di medicinali, potrà inoltre usufruire della prestazione "Consegna farmaci a domicilio" per un massimo di 2 consegne all'anno. I farmaci, il cui acquisto necessita di ricetta, dovranno essere prescritti su ricetta bianca redatta dal medico della Centrale Operativa IPA che ha effettuato il consulto o da altro medico (es. medico di base, specialista, etc.). In quest'ultimo caso, la ricetta dovrà essere resa disponibile presso la farmacia selezionata dall'assicurato per l'acquisto oppure la Centrale Operativa IPA provvederà ad inviare un suo incaricato presso il luogo in cui si trova l'Assicurato per ritirare la ricetta, il contante e l'eventuale delega necessari all'acquisto, provvedendo poi alla consegna dei medicinali richiesti nel più breve tempo possibile, nel rispetto delle norme che regolano l'acquisto ed il trasporto dei medicinali.

Inoltre, l'assicurato potrà richiedere il servizio tramite l'Area Salute AXA, selezionando la farmacia di interesse all'interno del circuito delle farmacie convenzionate e, ove richiesto, inserendo la prescrizione medica necessaria.

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

Dove è valida la prestazione

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

Supporto post ricovero e intervento**Telemonitoraggio**

A seguito di ricovero ospedaliero per malattia e/o infortunio che abbiano comportato intervento chirurgico, l'Assicurato tramite Centrale Operativa IPA 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.

L'Assicurato dovrà comunicare alla Centrale Operativa IPA il domicilio presso il quale dovrà essere installato il kit e dovrà inviare alla stessa copia della lettera di dimissioni rilasciata dall'Ospedale, comprovante il diritto all'utilizzo del servizio.

La Centrale Operativa IPA 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 che ha in cura l'assicurato.

Nei 30 giorni successivi alla data di dimissioni, bisettimanalmente, dal lunedì al venerdì e agli orari precedentemente concordati con il medico della Centrale Operativa IPA, l'Assicurato potrà usufruire del servizio di "telemonitoraggio" che gli permetterà, utilizzando gli strumenti di monitoraggio forniti, di inviare i dati rilevati tramite le apparecchiature al Centro Medico che li commenterà direttamente, 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.

Dove è valida la prestazione

La prestazione “Telemonitoraggio” è valida esclusivamente in Italia.

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 “Cartella medica personale” è valida esclusivamente in Italia.

Promemoria della terapia post ricovero

A seguito di ricovero ospedaliero per malattia o infortunio, l'Assicurato, tramite Centrale Operativa IPA, potrà richiedere l'attivazione della prestazione “Promemoria della terapia post ricovero”. In questo caso, l'Assicurato contatterà la Centrale Operativa IPA 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.

Supporto all'Estero e in viaggio

Malattia improvvisa o 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 IPA. 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, la Centrale Operativa IPA provvederà a contattare, tramite una propria corrispondente, la struttura sanitaria più idonea, oppure 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, potrà contattare telefonicamente la Centrale Operativa IPA la quale provvederà a reperirlo, trattenendo a proprio carico i relativi costi entro un limite di 8 ore lavorative per Assicurato e anno assicurativo. Nel caso in cui fosse impossibilitato, il contatto della Centrale Operativa potrà essere effettuato anche da un suo familiare.

Collegamento telefonico con la struttura sanitaria

Qualora l'Assicurato sia ricoverato all'estero a seguito di infortunio o malattia improvvisa, l'Assicurato o persona terza, nel caso di impossibilità da parte dell'Assicurato potrà contattare telefonicamente la Centrale Operativa IPA la quale 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 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 IPA provvederà a trasmettere il messaggio 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 o 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, la Centrale Operativa IPA metterà a disposizione dello stesso un biglietto di viaggio (biglietto ferroviario di prima classe o biglietto aereo di classe economica) 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 IPA 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 e strettamente indispensabile o salvavita, 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 equivalente 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.

Malattia o infortunio di un familiare rientro anticipato

Nel caso in cui l'Assicurato fosse in viaggio e si rendesse indispensabile la presenza presso il domicilio, in seguito a una malattia o 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 "Malattia o infortunio di un familiare rientro anticipato" è valida in Italia e all'estero.

Estetica Oncologica

Trattamento professionale di estetica oncologica

Qualora, a seguito di problematiche emerse nel corso di una terapia oncologica, si renda necessario l'intervento di uno specialista in estetica oncologica APEO, sulla base del protocollo definito dal medico curante, l'Assicurato potrà richiedere alla Centrale Operativa IPA di organizzare il trattamento con un professionista presso un centro convenzionato.

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

La prestazione è fornita con un preavviso minimo di 3 (tre) giorni.

La Società copre i costi dei trattamenti, relativi ai protocolli da applicare in base alla tossicità cutanea dei trattamenti oncologici, presso i Centri certificati APEO, con un limite di 5 trattamenti per anno assicurativo.

Nel caso fosse necessario proseguire gli interventi oltre il limite stabilito (5 trattamenti per anno assicurativo), l'Assicurato ha la possibilità di effettuare gli ulteriori trattamenti a tariffe convenzionate, restando inteso che tutti i relativi costi rimangono a carico dell'Assicurato.

Dove è valida la prestazione

La prestazione "Trattamento professionale di estetica oncologica" è valida esclusivamente in Italia.

Informazioni e consigli sanitari**Informazioni sulla sanità**

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

- reperimento dei mezzi di soccorso;
- reperimento di medici generici e specialisti;
- 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 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, in caso di urgenza, può contattare telefonicamente la Centrale Operativa IPA richiedendo, per una patologia allo stesso diagnosticata, informazioni relative a ricerche medico/scientifiche, protocolli di cura, informazioni su decorso o riabilitazione. La Centrale Operativa IPA 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, in caso di urgenza, può contattare telefonicamente la Centrale Operativa IPA, per richiedere informazioni sui seguenti argomenti:

- Indicazioni mediche e paramediche durante l'intero periodo di gestazione;
- 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, in caso di urgenza, potrà contattare la Centrale Operativa IPA per richiedere informazioni in merito alla donazione eterologa o alla crioconservazione privata delle cellule staminali del

cordone ombelicale. La prestazione deve essere richiesta nei 60 giorni antecedenti la data del presunto parto, alla Centrale Operativa IPA, che si occuperà di fornire informazioni sulle Strutture italiane e estere 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 è valida dall'Italia e dall'estero.

Art. 26 | 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. 16 - "Termini di aspettativa" e le esclusioni previste dall'Art. 17 - "Esclusioni". Le disposizioni di tali articoli non trovano applicazione per il servizio di "Parere medico complementare".

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 Parere medico complementare 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. 27 | 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, note).

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. 28 | 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.

Art. 29 | Tabella 2: Tabella riassuntiva di limiti, franchigie e/o scoperti

GARANZIA ASSISTENZA			
Garanzia	Sezione	Prestazione	Limite di indennizzo
Assistenza base (Art.24)	Consulto con medici e specialisti	Consulenza: cardiologo, ortopedico, ginecologo, neurologo	5 prestazioni per specialista per Assicurato e per anno assicurativo
		Consulenza psicologica	2 prestazioni (5 sedute per ciascuna prestazione) per Assicurato e per anno assicurativo
	Supporto sanitario e pratico nella quotidianità	Consegna farmaci a domicilio	2 consegne all’anno
Assistenza 360 (Art. 25)	Consulto con medici e specialisti	Consulenza: cardiologo, ortopedico, ginecologo, urologo, dermatologo, neurologo, allergologo	5 prestazioni per specialista per Assicurato e per anno assicurativo
		Consulenza psicologica	2 prestazioni (5 sedute per ciascuna prestazione) per Assicurato e per anno assicurativo
		Consulenza Nutrizionale	2 volte per Assicurato e per anno assicurativo
	Parere medico complementare	Parere medico complementare	la prestazione non è ripetibile, pertanto non può essere richiesta per patologie per le quali sia già stata erogata
	Trasporto sanitario	Trasporto sanitario	€5.000,00 per persona e per sinistro
	Supporto sanitario e pratico nella quotidianità	Area Sanitaria e Area Pratica	€ 2.500 per Assicurato e per sinistro, fino a un massimo di 3 sinistri per Assicurato e per anno assicurativo
		Consegna farmaci a domicilio	2 consegne all’anno
		Supporto post ricovero e intervento: Promemoria della terapia post ricovero	un massimo di 14 giorni per sinistro, dalla richiesta di attivazione del servizio, e per un massimo di 2 sinistri per Assicurato e per anno assicurativo.
	Supporto all'estero e in viaggio	Trasmissione comunicazioni urgenti	7 comunicazioni 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
	Estetica Oncologica	Trattamento professionale di estetica oncologica	5 trattamenti per anno assicurativo

Come attivare le prestazioni

Art. 30 | Come richiedere i servizi di assistenza

I servizi di assistenza possono 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

Numero +39.06.42.11.55.05 per chiamate dall'Estero

attivi 24/7

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
- 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. 31 | Come richiedere il servizio di Parere Medico Complementare

L'Assicurato per usufruire del servizio di Parere Medico Complementare deve:

- 1) contattare la Centrale Operativa IPA 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 alla Centrale Operativa IPA:
 - 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 ai sensi dell'Informativa sulla Privacy.

La Centrale Operativa IPA:

- 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. 32 | 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 o posta elettronica certificata agli indirizzi indicati nelle Condizioni di Assicurazione.

Norme comuni

Art. 33 | Estensione territoriale

L'assicurazione vale per il mondo intero, salvo quanto espresso nelle prestazioni di Assistenza dell'Art. 24 e 25.

Art. 34 | 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. 35 | 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 dall'insorgenza di tali eventi mentre si trova temporaneamente 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. 36 | 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. 37 | 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. 38 | Questionario sanitario

Il Questionario sanitario è il documento in cui l'Assicurato dichiara i propri dati anamnestici, malattie e stati patologici conosciuti o diagnosticati anteriormente alla stipulazione della polizza ed è parte integrante del contratto; deve essere compilato in modo completo e veritiero, senza omissioni in quanto contiene informazioni fondamentali per la valutazione del rischio da parte di AXA.

Il Questionario sanitario deve essere sottoscritto dall'Assicurato medesimo o, se minorenne, da chi ne esercita la potestà genitoriale sia in caso di una nuova emissione di contratto sia in caso di sostituzione di polizza.

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze dell'Assicurato relative alle dichiarazioni rese sul questionario sanitario, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché, la stessa cessazione dell'assicurazione, come disciplinato nell'Art. 37 – “Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio”.

Art. 39 | Pagamento del premio e decorrenza dell'assicurazione

L'assicurazione decorre ed 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 - salvo diverso termine temporale indicato in polizza - 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. 40 | Indicizzazione e adeguamento automatico del premio

Relativamente alle garanzie della sezione malattia, le somme assicurate, compresa l'indennità sostitutiva, i limiti di indennizzo, le franchigie nominate in Euro ed il premio sono assoggettati ad "adeguamento automatico", in base all'indice pubblicato dall'ISTAT, secondo le modalità di seguito riportate:

a) si stabilisce di adottare il valore medio relativo all'indice dei prezzi al consumo per l'intera collettività (NIC) - di cui servizi sanitari e spese per la salute attuale raggruppamento 6 esclusivamente per le voci seguenti: 0621: servizi medici - 062311: accertamenti di laboratorio - 062312: accertamenti specialistici - 063: servizi ospedalieri;

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) in occasione di ciascuna scadenza anniversaria, se si sarà verificata una variazione positiva dell'indice iniziale o di quello dell'ultimo adeguamento (indice base), verrà applicata in ragione del 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 o di modifica dei raggruppamenti sottostanti all'indice dei prezzi al consumo per l'intera collettività (NIC), AXA potrà utilizzare altri indicatori equivalenti.

L'adeguamento automatico del premio per l'indicizzazione viene applicato dopo la maggiorazione del premio prevista dall'Art. 41 - "Aggiornamento automatico del premio in base all'età dell'Assicurato".

Art. 41 | Aggiornamento automatico del premio in base all'età dell'Assicurato

Relativamente alle garanzie Ricoveri e Interventi TOP/PREMIUM/Patologie Gravi/ Visite, Accertamenti e Fisioterapia/Diaria da ricovero/Diaria da convalescenza post ricovero, alla scadenza di ciascuna annualità assicurativa, il premio sarà aggiornato in base all'età di ciascun ogni Assicurato, calcolata alla scadenza applicando le percentuali previste nella tabella sottostante:

% aumento del premio anno su anno							
Età (anni)	Ricoveri e Interventi TOP - PREMIUM Patologie gravi	Visite, Accertamenti Fisioterapia	DIARIE Ricovero Convalescenza	Età (anni)	Ricoveri e Interventi TOP - PREMIUM Patologie gravi	Visite, Accertamenti Fisioterapia	DIARIE Ricovero Convalescenza
0	-	-	-	39	2,0%	1,8%	2,0%
1	13,5%	0,9%	13,5%	40	2,0%	2,9%	2,0%
2	12,5%	0,6%	12,5%	41	2,1%	2,9%	2,1%
3	10,5%	0,9%	10,5%	42	2,1%	3,0%	2,1%
4	8,2%	0,8%	8,2%	43	2,1%	2,5%	2,1%
5	7,3%	0,6%	7,3%	44	2,1%	2,5%	2,1%
6	6,4%	2,2%	6,4%	45	2,2%	2,6%	2,2%
7	5,8%	3,5%	5,8%	46	2,2%	2,6%	2,2%
8	5,3%	4,2%	5,3%	47	2,2%	2,1%	2,2%
9	5,1%	5,1%	5,1%	48	2,3%	2,0%	2,3%
10	4,9%	5,0%	4,9%	49	2,4%	2,0%	2,4%
11	4,7%	5,3%	4,7%	50	2,5%	3,1%	2,5%
12	4,5%	5,2%	4,5%	51	2,7%	3,1%	2,6%
13	4,4%	5,2%	4,4%	52	2,8%	3,0%	2,8%
14	4,3%	4,9%	4,3%	53	3,2%	3,0%	3,2%
15	4,2%	4,7%	4,2%	54	3,4%	3,0%	3,4%
16	4,1%	4,3%	4,1%	55	3,6%	3,0%	3,7%
17	4,0%	4,1%	4,0%	56	3,8%	3,1%	3,8%
18	3,9%	3,8%	3,9%	57	3,9%	3,2%	3,9%
19	3,8%	3,5%	3,8%	58	4,0%	2,5%	4,0%
20	3,6%	3,2%	3,6%	59	4,1%	2,5%	4,1%
21	3,4%	3,0%	3,4%	60	4,2%	2,7%	4,2%
22	3,1%	2,6%	3,1%	61	4,2%	2,8%	4,1%
23	2,8%	2,5%	2,8%	62	4,2%	3,4%	4,2%
24	2,7%	2,3%	2,7%	63	4,2%	3,4%	4,2%
25	2,5%	2,1%	2,5%	64	4,2%	3,4%	4,2%
26	2,4%	2,4%	2,4%	65	4,3%	3,4%	4,3%
27	2,2%	2,3%	2,2%	66	4,5%	3,4%	4,5%
28	2,0%	2,1%	2,0%	67	4,6%	3,4%	4,6%
29	2,0%	2,6%	2,0%	68	4,7%	3,4%	4,7%
30	2,0%	2,5%	2,0%	69	4,7%	3,4%	4,7%
31	2,0%	2,3%	2,0%	70	4,7%	3,4%	4,7%
32	2,0%	2,4%	2,0%	71	4,7%	3,4%	4,7%
33	2,0%	1,9%	2,0%	72	4,7%	3,4%	4,7%
34	2,0%	1,9%	2,0%	73	4,7%	3,4%	4,7%
35	2,0%	1,8%	2,0%	74	4,7%	3,4%	4,7%
36	2,0%	1,8%	2,0%	75	6,0%	6,0%	6,0%
37	2,0%	1,9%	2,0%	Oltre 75	6,0%	6,0%	6,0%
38	2,0%	1,9%	2,0%				

L'aumento del premio viene determinato applicando al premio la percentuale di adeguamento stabilita dalla tabella sopra riportata, corrispondente all'età di ciascun Assicurato.

Viene successivamente applicata l'indicizzazione (come regolato dal precedente Art. 40 - "Indicizzazione e adeguamento automatico del premio"). Al premio imponibile annuale risultante dai descritti adeguamenti, tenuto conto dell'eventuale frazionamento in rate, vengono applicate le relative imposte.

GLOSSARIO
Condizioni di Assicurazione GARANZIE SALUTE
Condizioni di Assicurazione IL SINISTRO
Condizioni di Assicurazione ASSISTENZA
Condizioni di Assicurazione NORME COMUNI
Condizioni di Assicurazione ARTICOLI DI LEGGE
INFORMATIVA SULLA PRIVACY

Art. 42 | Periodo di assicurazione, proroga

La durata del contratto può essere annuale o poliennale e può anche essere sottoscritta nella forma a tacito rinnovo.

In caso di durata annuale con tacito rinnovo: alla scadenza contrattuale – quindi al termine dell'annualità assicurativa - il contratto si rinnova tacitamente per un altro anno e così successivamente di anno in anno, in mancanza di disdetta con preavviso di almeno trenta giorni dalla scadenza anniversaria, inviata mediante lettera raccomandata o posta elettronica certificata.

In caso di durata poliennale con tacito rinnovo: alla scadenza contrattuale - quindi al termine della poliennialità - il contratto si rinnova tacitamente per un altro anno e così successivamente di anno in anno, ad ogni scadenza annuale in mancanza di disdetta con preavviso di almeno trenta giorni inviata da una delle Parti, mediante lettera raccomandata o posta elettronica certificata.

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 ciascuna annualità, con preavviso almeno trenta 30 giorni prima della scadenza, mediante comunicazione inviata via raccomandata con ricevuta di ritorno o posta elettronica certificata.

Art. 43 | Alcolismo e Tossicodipendenza

Indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute, AXA si riserva la facoltà di far cessare l'assicurazione relativamente agli Assicurati affetti da alcolismo o tossicodipendenza alla fine di ogni anno assicurativo successivo alla manifestazione delle suddette patologie tramite lettera raccomandata inviata almeno 30 giorni prima della scadenza annuale della polizza.

Art. 44 | Cessazione o scomparsa del Contraente.

In caso di cessazione del Contraente persona giuridica o scomparsa del Contraente persona fisica, il premio di polizza pagato si intende acquisito da AXA.

Il contratto si intende annullato, senza obbligo di disdetta da parte di AXA a partire dalla data di cessazione o scomparsa del Contraente.

Nel caso in cui siano presenti in copertura altri Assicurati, il contratto resterà in vigore fino alla scadenza dell'ultima rata pagata. Decorso tale termine il contratto si intende annullato, senza obbligo di disdetta da parte di AXA, salvo che, entro 60 giorni dalla cessazione o dalla scomparsa del Contraente, gli eventuali altri Assicurati richiedano la continuazione della copertura assicurativa alle stesse condizioni contrattuali in corso.

Art. 45 | Recesso per limiti di età.

Salva la facoltà di disdetta, le Parti, in caso di durata poliennale, in occasione di ciascuna scadenza annua successiva al compimento del 75° anno di età dell'Assicurato, od anche di uno solo di essi in caso di pluralità di assicurati, possono recedere dal contratto con preavviso di trenta giorni.

Art. 46 | Motivi e termini di cessazione degli effetti del contratto

Il Contraente ha la facoltà di disdettare il contratto, con preavviso di almeno trenta giorni, in occasione di ciascuna scadenza annuale mediante lettera spedita via raccomandata o posta elettronica certificata.

Il contratto cessa nei casi disciplinati dai seguenti articoli:

a) **senza** necessità di disdetta:

- Art. 44 -Decesso o scomparsa del Contraente

b) **con** obbligo di disdetta da parte di AXA

- Art. 37 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

Condizioni di Assicurazione

Norme che regolano l'assicurazione – norme comuni

- Art. 38 – Questionario sanitario
- Art. 43 - Alcolismo e Tossicodipendenza
- Art. 45 – Recesso per limiti di età

Art. 47 | 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 residenza/ 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 trenta 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. 48 | Modifiche dell'assicurazione

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

Art. 49 | Rinuncia al diritto di recesso in caso di sinistro

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

Art. 50 | 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. 51 | 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. 52 | Foro competente

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

Art. 53 | Rinvio alle norme di legge

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

Art. 54 | Forma delle comunicazioni

Tutte le comunicazioni previste dal contratto devono formulate per iscritto alla Società, nella sua Sede Legale o

domicilio digitale pubblicato nel Registro delle Imprese (cfr. note societarie su www.axa.it), o all'Agente al quale è assegnata la Polizza, presso la sede dell'Agenzia o al domicilio digitale pubblicato nel Registro delle Imprese o presso il Registro IVASS degli Intermediari assicurativi (cfr. RUI; www.ivass.it); nel secondo caso, le comunicazioni ricevute dall'Agente si intenderanno fatte alla Società. Sono ammesse anche tecniche di comunicazione a distanza.

Art. 55 | 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 indennizzo o risarcimento o garantire alcuna indennità in virtù del presente contratto, qualora tale copertura, pagamento o indennità possano esporli a divieti, sanzioni economiche o restrizioni disposte ai sensi di Risoluzioni assunte dall'Organizzazione delle Nazioni Unite ("ONU"), oppure a sanzioni economiche o commerciali disposte da leggi o norme dell'Unione Europea, del Regno Unito o degli Stati Uniti d'America.

Art. 56 | Effetto, durata e disdetta del contratto stipulato mediante tecniche di comunicazione a distanza

Fermo il disposto dell'Art. 39 "Pagamento del premio e decorrenza dell'assicurazione", qualora il contratto sia stato concluso mediante tecniche di comunicazione a distanza, lo stesso decorre dalle ore 24.00 del giorno stesso in cui AXA ha raccolto la volontà del Contraente di sottoscrivere il presente contratto (data di effetto del contratto): a partire da tale momento, fermo l'obbligo del Contraente al pagamento del premio, AXA garantisce all'Assicurato le prestazioni oggetto del presente contratto, salvo il diritto di recesso consentito al Contraente dalla Legge. Il Contraente ha comunque facoltà di recedere dalla copertura assicurativa, nei 14 giorni successivi alla data dell'addebito del Premio. A seguito del recesso il Contraente ha diritto alla restituzione del premio pagato e non goduto, al netto degli oneri fiscali che, per legge, restano a suo carico.

Allegato 1: ELENCO Patologie Gravi

Grave Patologia	Definizione
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 del miocardio / angina instabile	Sindromi coronariche acute che originano da improvvisa ostruzione di un'arteria coronarica determinante infarto del miocardio o angina instabile.
Dissecazione (rottura) aorta	Lacerazione di una parete dell'aorta toracica o addominale con fuoriuscita di sangue.
Patologie della valvola mitralica	la valvola mitrale è la valvola cardiaca che permette il passaggio di sangue dall'atrio sinistro al ventricolo sinistro, la principale camera di pompaggio del cuore Insufficienza mitralica Patologia in cui la valvola mitrale non funziona correttamente a causa di un difetto di chiusura Stenosi della valvola mitralica patologia in cui la valvola mitrale non funziona correttamente a causa di un restringimento.
Alterazioni del ritmo del cuore comprendenti	Aritmie ventricolari (aritmia caratterizzata da un'improvvisa accelerazione del battito cardiaco che origina dai ventricoli), fibrillazione atriale (aritmia ove l'attività elettrica degli atri è completamente disorganizzata e non corrisponde a un'attività meccanica efficace, blocco di branca destra (anomalia del cosiddetto sistema di conduzione elettrica del cuore), malattia del nodo del seno (anomalia del pacemaker naturale del cuore che causa un rallentamento della frequenza cardiaca).
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 neurodegenerativa, ad evoluzione lenta ma progressiva, che coinvolge, principalmente, alcune funzioni quali il controllo dei movimenti e dell'equilibrio. Si manifesta quando la produzione di dopamina nel cervello cala consistentemente.
Insufficienza respiratoria acuta	Alterazione significativa della funzione respiratoria a comparsa improvvisa in un soggetto che fino a poco prima respirava correttamente (si verifica quando vi è una compromissione della normale ossigenazione del sangue) conseguente a disfunzioni polmonari cardiache o neurologiche.
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.

Condizioni di Assicurazione

Norme che regolano l'assicurazione – norme comuni

Addome acuto	Dolore addominale intenso e improvviso causato da infiammazione legato a ostruzione intestinale, delle vie biliari o genito-urinaria oppure da perforazione del tratto gastro-enterico.
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.
Stato settico acuto o shock settico acuto	Grave infezione di origine batterica che determina un malfunzionamento di più organi contemporaneamente (encefalite, polmonite, addome acuto, miocardite).
Trapianto di organi principali	Intervento chirurgico che consiste nella sostituzione di un organo, quindi non più funzionante, con uno sano dello stesso tipo proveniente da un altro individuo che viene chiamato donatore. Sono coperti i trapianti dei seguenti organi principali: cuore, fegato, midollo osseo, pancreas, polmoni, rene.
Gravi politraumatismi legati ad infortunio <i>(evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca all'assicurato gravi lesioni fisiche obiettivamente)</i> che comportino necessariamente intervento chirurgico	Evento traumatico produttivo di lesioni gravi quali • ustioni di 3° e 4°, • amputazione totale/parziale di arti, • fratture esposte/scomposte a più frammenti: arti superiori (omero, radio, ulna), arti inferiori (femore, tibia, perone), colonna vertebrale, bacino, fratture maxillo-facciali multiple, • lacerazioni d'organo (milza, fegato, polmoni).

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.

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 risolto 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

Ultimo aggiornamento: maggio 2024

AXA tratta con cura i suoi **dati personali**, cioè le informazioni a lei riferite (quali ad esempio i dati identificativi e di contatto, i dati di salute) che utilizza per lo svolgimento delle proprie attività e che possono essere forniti da lei o da terzi, ovvero essere acquisiti consultando banche dati, elenchi e registri legittimamente accessibili. 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.

Qualora i dati forniti da lei o da terzi si riferiscano a **soggetti minori di età** sui quali lei esercita la responsabilità genitoriale o la tutela legale, ovvero a **familiari/congiunti** per l'esecuzione di prestazioni assicurative (es. polizze collettive), le presenti informazioni e le dichiarazioni di volontà formulate rispetto alle richieste di consenso si intendono riferite anche ai trattamenti su questi dati.



Chi decide perché e come trattare i dati?

AXA Assicurazioni S.p.A., titolare del trattamento dei dati, con sede in Corso Como 17 - 20154 Milano (note societarie complete su www.axa.it), mail privacy@axa.it (di seguito anche "AXA", il "Titolare" o la "Compagnia").

Quali sono i dati di contatto del Responsabile della Protezione dei Dati – DPO

Il Responsabile della Protezione di Dati (DPO – data protection Officer) può essere contattato rivolgendosi ad AXA Assicurazioni S.p.A. - Corso Como 17 - c.a. Data Protection Officer - 20154 Milano (MI) - e-mail: privacy@axa.it.



Quali sono i diritti dell'interessato e come possono essere esercitati?

Lei ha il diritto ad accedere ai suoi dati personali, farli aggiornare, integrare, rettificare o cancellare, di chiederne la limitazione e di opporsi al loro trattamento, richiedere la portabilità dei dati, revocare i consensi espressi e, per il processo di decisione automatizzata, ottenere l'intervento umano da parte del titolare del trattamento, esprimere la propria opinione e contestare la decisione. La normativa prevede anche le ipotesi in cui l'interessato può far valere il proprio diritto all'oblio salvi i casi in cui il trattamento resta comunque necessario.

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.

Inoltre, Lei potrà proporre reclamo all'Autorità di controllo in materia di protezione dei dati personali, in Italia il Garante per la protezione dei dati personali: Piazza Venezia n. 11 - 00187 Roma (+39) 06.696771; protocollo@pec.gpdp.it



Per quali scopi e su quali basi giuridiche sono trattati i dati personali?

a) Finalità assicurativa¹

Per svolgere adeguatamente l'attività assicurativa (assunzione e gestione dei rischi effettuati dall'impresa di assicurazione) e gestire il rapporto assicurativo, AXA ha la necessità di trattare i dati personali a lei riferiti (dati già acquisiti, forniti

¹ La "finalità assicurativa" richiede che i dati personali siano trattati necessariamente per l'assunzione e gestione dei rischi da parte dell'impresa di assicurazione che includono le attività di: 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.

direttamente da lei o da altri soggetti²), anche mediante la consultazione di banche dati legittimamente accessibili (es. sistemi di informazioni creditizie, utili per verificare il possesso di requisiti specifici richiesti dalle compagnie per l'accesso ad agevolazioni e vantaggi, quali la rateizzazione del premio) e dispositivi tecnologici³ e/o dati ancora da acquisire, alcuni dei quali ci debbono essere forniti da lei o da terzi per obbligo di legge⁴).

Per questa finalità, AXA utilizzerà i suoi **dati personali** nell'ambito delle seguenti attività, indicati 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, attività amministrativo-contabili;
- prevenzione e individuazione delle frodi assicurative e relative azioni legali; esercizio o difesa di diritti dell'assicurazione;
- adempimento di altri specifici obblighi di legge (es. in materia di contrasto al riciclaggio e al finanziamento del terrorismo, sanzioni ed embarghi internazionali). Limitatamente a quanto previsto dalla normativa, saranno trattati anche i **dati giudiziari**;
- analisi di nuovi mercati assicurativi o prodotti o servizi;
- gestione e controllo interno;
- valutazione inerente eventuali finanziamenti per il pagamento del premio;
- utilizzo dei dati anche in forma pseudonimizzata o anonimizzata per attività di analisi e statistiche di mercato;
- servizi di monitoraggio dei parametri delle condizioni generali del cliente rispetto al suo benessere fisico, ad eventi inerenti all'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.

Per queste attività di trattamento non è richiesto il suo consenso, in quanto tali operazioni sono strettamente necessarie per la fornitura di servizi e/o prodotti assicurativi e/o prestazioni da parte di AXA e di terzi a cui tali dati saranno comunicati⁵.

Si precisa che, nel caso in cui lei abbia sottoscritto un contratto assicurativo che prevede l'utilizzo della cd. "black Box", per il trattamento dei **dati telematici** non è richiesto il suo consenso, poiché lo stesso è necessario per l'esecuzione del contratto e per l'erogazione dei servizi assicurativi ad esso connessi (es. assistenza stradale). Inoltre, tale tipo di contratto comporta un **processo decisionale automatizzato** finalizzato alla determinazione dello sconto/premio applicabile (es. sulla base del numero di KM percorsi rilevati attraverso la cd. Black Box).

Viceversa, il suo consenso esplicito è richiesto per il trattamento delle **categorie particolari di dati**⁶, quali i dati relativi alla salute (di seguito indicati anche come "**dati sensibili**"). Il consenso che le chiediamo riguarda quindi il trattamento degli eventuali dati sensibili il cui utilizzo sarà inerente esclusivamente alla fornitura dei servizi, e/o prodotti assicurativi e attività strettamente connesse (antifrode, contabili, amministrative) e/o delle prestazioni citate il cui trattamento è ammesso dalla normativa vigente in materia di 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 dati sensibili sono 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", in parte anche in funzione meramente organizzativa.

² Ad esempio: altri soggetti inerenti al rapporto che la riguarda (es. contraenti di assicurazioni in cui lei risulti assicurato; coobbligati); altri operatori assicurativi (quali agenti, broker di assicurazione, altre imprese di assicurazione); soggetti che, per soddisfare le sue richieste (es. quali una copertura assicurativa) forniscono informazioni creditizie e commerciali; organismi associativi e consorzi propri del settore assicurativo altri soggetti pubblici, banche dati di autorità per finalità antiriciclaggio e/o antiterrorismo.

³ Come, ad esempio, la black box o scatola nera installata in auto, intesa come un dispositivo fisico presente sull'autovettura che consente di raccogliere dati telematici, quali informazioni riguardanti il veicolo (es. la geolocalizzazione, i dati di percorrenza, l'accelerazione e la decelerazione, i chilometri percorsi, ecc.) e altri dispositivi, come i software installati dall'interessato sul proprio device, capaci di raccogliere dati relativi al veicolo ed al dispositivo, in relazione alle specifiche polizze auto o contratti di servizio.

⁴ Ad esempio, ai sensi della normativa contro il riciclaggio di denaro, in materia fiscale e antiterrorismo

⁵ I dati sono 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); 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 Ai sensi del comma 1 dell'art. 9 del GDPR, si tratta di dati personali che rivelino l'origine razziale o etnica, le opinioni politiche, le convinzioni religiose o filosofiche, o l'appartenenza sindacale, nonché trattare dati genetici, dati biometrici intesi a identificare in modo univoco una persona fisica, dati relativi alla salute o alla vita sessuale o all'orientamento sessuale della persona.

Il consenso che le chiediamo riguarda pertanto anche gli specifici trattamenti e le comunicazioni all'interno della "catena assicurativa"⁷ effettuati dai predetti soggetti.

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

Potremo, inoltre, utilizzare i **dati di contatto** che abbiamo ricevuto per inviarle comunicazioni di servizio, strumentali e utili alla gestione del rapporto assicurativo ed al suo miglioramento nel quadro dell'efficienza dei servizi al cliente e della verifica della qualità degli stessi. Tenga peraltro conto che in mancanza dei suoi dati di contatto non ci sarà possibile contattarla tempestivamente per fornirle informazioni utili in relazione al rapporto contrattuale o altre comunicazioni di servizio. In tali messaggi, un mezzo tecnico, denominato pixel e inserito all'interno delle comunicazioni tramite posta elettronica ("e-mail"), avvisi di comunicazioni ("push notification") e indirizzamenti verso fonti collegate ("landing page") accessibili dagli SMS, raccoglie le informazioni relative ai dati di consegna, apertura (nel caso delle sole mail) e di selezione ("click"), consentendoci in questo modo: i) di monitorare e verificare che il messaggio sia stato correttamente ricevuto; ii) di elaborare statistiche in maniera aggregata sulle attività di invio di messaggi.

Evidenziamo, infine, che l'adesione a processi diretti di sottoscrizione di polizze assicurative (es. tramite sito web o telefono) e/o di alcune fasi della gestione del rapporto precontrattuale (es. gestione di eventuali richieste di deroghe assuntive) comporta un **processo decisionale automatizzato**, finalizzato alla gestione automatica della richiesta di copertura assicurativa ed alla attribuzione automatica della tariffa più aderente alle esigenze del singolo cliente. Ciò consente di velocizzare il processo di sottoscrizione della polizza e di adottare decisioni coerenti con le concrete caratteristiche del singolo cliente e non solo sulla base delle analisi statistiche generali.

Basi giuridiche del trattamento dei dati personali per finalità assicurative

- Per alcune attività assicurative sopra descritte (es. attività di quotazione, stipulazione di polizze; liquidazione dei sinistri, riassicurazione e coassicurazione), le basi giuridiche che legittimano il trattamento dei dati personali sono:
 - l'**esecuzione di un contratto** di cui l'interessato è parte o esecuzione di misure precontrattuali adottate su richiesta dello stesso, per il trattamento dei dati personali non sensibili (dati anagrafici, di contatto, telematici)
 - Il **consenso esplicito** dell'interessato, per il trattamento dei dati sensibili (dati di salute).
- Altre attività di trattamento sono rese necessarie per adempiere ad un **obbligo legale** al quale è soggetto il titolare del trattamento (es. in materia di contrasto al riciclaggio e al finanziamento del terrorismo, sanzioni ed embarghi internazionali).
- Ulteriori operazioni di trattamento sono svolte per il perseguimento del **legittimo interesse** del Titolare a svolgere attività connesse a quella prettamente assicurativa (es. studio statistico anche a valle del processo di anonimizzazione/pseudonimizzazione, studi attuariali, attività per individuare e gestire comportamenti fraudolenti e illeciti, attività di controllo volte a prevenire il rischio di finanziamento del terrorismo e/o di soggetti sottoposti a sanzioni/embarghi internazionali, mediante l'utilizzo di apposite banche dati, e di invio di comunicazioni di servizio strumentali e utili al miglioramento della gestione del rapporto assicurativo). Nel perseguire il legittimo interesse, la Compagnia ha avuto cura di verificare che siano adeguatamente tutelati gli interessi o i suoi diritti e le libertà fondamentali. Per maggiori informazioni sul legittimo interesse dei dati personali, è sempre possibile contattare il Titolare, c.a. Data Protection Officer (DPO), (si veda par. *Quali sono i diritti dell'interessato e come possono essere esercitati?*) o visitare la sezione del sito <https://www.axa.it/privacy> dedicata al legittimo interesse.

b) Finalità commerciali e di marketing

Per migliorare i nostri servizi ed i nostri prodotti e per informarla sulle novità e le opportunità di suo interesse, le chiediamo

⁷ 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

di consentirci l'utilizzo dei suoi **dati personali non sensibili**.

Il consenso espresso potrà essere revocato in qualsiasi momento. Se decide di farlo, non vi sono effetti sull'erogazione dei servizi assicurativi, ma non potrà conoscere le nostre offerte, né partecipare alle iniziative sopra indicate. Tale revoca non pregiudica la liceità di qualsiasi trattamento effettuato prima di esso.

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;
- 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, APP, telefono, sms, social media, push notification ed altri servizi di messaggistica e di comunicazione telematica);
- 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, avendo in ogni caso cura di evitare di far conoscere a tali soggetti i suoi dati;
- proporle prodotti e servizi sulla base dei dati generati nel caso lei utilizzi strumenti che permettano la rilevazione della sua posizione nel territorio.

In particolare, potremo:

- inviare materiale pubblicitario;
- promuovere la vendita diretta;
- compiere ricerche di mercato;
- proporre la comunicazione commerciale di prodotti della singola Compagnia e/o delle società del Gruppo AXA Italia;
- invitarla ad eventi istituzionali del Gruppo AXA.

Queste attività saranno effettuate da AXA, da società appartenenti allo stesso Gruppo, da agenti e collaboratori, i quali agiranno come responsabili ed incaricati nominati dal Titolare.

Precisiamo inoltre che, in caso di suo consenso, potremo inviarle messaggi utilizzando sia strumenti tradizionali (posta e telefono) sia strumenti automatici (posta elettronica, sms, push notification, 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.

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

c) **Trattamento dei dati personali per attività di profilazione**

Con il suo specifico e separato **consenso**, potremo svolgere attività di profilazione attraverso l'analisi dei suoi **dati personali non sensibili**, con lo scopo di rilevare i suoi comportamenti e preferenze in relazione a specifici prodotti e/o servizi, anche attraverso trattamenti e decisioni automatizzate, compresa la profilazione, per consentirle di accedere a vantaggi personalizzati, di ricevere proposte maggiormente in linea con i suoi bisogni e migliorare l'offerta dei nostri prodotti.

Il consenso espresso potrà essere revocato in qualsiasi momento. Se decide di farlo, non vi sono effetti sull'erogazione dei

servizi assicurativi. Tale revoca non pregiudica la liceità di qualsiasi trattamento effettuato prima di esso.

Per tali attività e finalità precisiamo che potremo utilizzare, unitamente ai suoi dati personali da lei forniti, anche:

- informazioni ottenute attraverso la consultazione di banche dati pubbliche quali, ad esempio, Catasto e i pubblici registri dell'Agenzia delle Entrate;
- informazioni elaborate da terzi come Titolari o Responsabili del trattamento dei dati.
- Precisiamo, inoltre, che fornendo tale consenso, al solo scopo di assunzione del rischio assicurativo e per la determinazione di eventuali vantaggi, quali sconti/premi e tariffe personalizzate, a seconda del prodotto scelto, potremo utilizzare:
- informazioni sull'affidabilità creditizia (cd. Credit scoring), basata su dati dell'interessato ed informazioni pubbliche allo stesso riferibili (es. presenza di eventi negativi, quali protesti o fallimenti sul soggetto valutato e sulle persone giuridiche ad esso collegate in base ai dati camerali quali carica sociale o partecipazioni). Tali informazioni sono elaborate anche da un soggetto terzo (che opera come Titolare autonomo o responsabile del trattamento dei dati sottesi al merito creditizio) per determinare, tramite attività di profilazione, un indicatore di rischio creditizio dell'interessato. A seguito di ogni quotazione, se l'interessato ha espresso il consenso alla profilazione, si verifica una chiamata alla banca dati del soggetto terzo (processo automatizzato) che restituisce l'indicatore del rischio creditizio del cliente. A tale indicatore è associato uno sconto (determinato sulla base di analisi statistiche di rischiosità del cliente) che porta l'interessato ad avere un beneficio sul premio di tariffa;
- dati prelevati da banche dati pubbliche afferenti al grado di rischiosità dell'interessato o del mezzo assicurato, a titolo di esempio non esaustivo i punti della patente, le sanzioni derivanti dalle violazioni del codice della strada, lo stato delle revisioni del veicolo, etc. Anche in questo caso, a seguito di ogni quotazione, se l'interessato ha espresso il consenso alla profilazione, si verifica una chiamata alla banca dati del soggetto terzo (processo automatizzato) che restituisce, nello specifico, lo stato di revisione del veicolo. A tale stato (revisione sì/no) è associato uno sconto (determinato sulla base di analisi statistiche di rischiosità del cliente) che porta l'interessato ad avere un beneficio sul premio di tariffa.

Infine, sempre previo suo consenso alla profilazione, inseriremo nelle comunicazioni commerciali, un mezzo tecnico, denominato pixel e inserito all'interno dei messaggi mail, push notification e landing page accessibili dagli SMS, che raccoglierà le informazioni relative ai dati di consegna, apertura (nel caso delle sole mail) e di click consentendoci in questo modo:

- di tracciare nello storico dei contatti il suo comportamento rispetto al messaggio (apertura, click);
- di effettuare attività di comunicazione personalizzate in base all'interazione da lei avuta con il messaggio ricevuto.

Base giuridica del trattamento: per le attività di profilazione, la base giuridica che legittima il trattamento è la manifestazione del consenso dell'interessato al trattamento dei propri dati personali per tale specifica finalità. **Il consenso** che le chiediamo è **facoltativo**. In mancanza non vi sono effetti sull'erogazione dei servizi assicurativi.



A chi sono comunicati i 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 sono comunicati a taluni dei seguenti soggetti:

- assicuratori, coassicuratori e riassicuratori; agenti, subagenti, mediatori di assicurazione e di riassicurazione, contraente delle polizze, eredi o chiamati all'eredità dei contraenti di polizze stipulate in vita da persona deceduta, 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, strutture sanitarie 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 verificano 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 Compagnia (controllanti, controllate o collegate, anche indirettamente, ai sensi delle vigenti disposizioni di legge, nonché ove previsto alla Cassa Assistenza Assicurazioni AXA), per attività amministrativo-contabili o di gestione del rapporto assicurativo;
- società partner, autonome titolari del trattamento:
 - se applicabile al singolo prodotto, per la fornitura di garanzie e servizi connessi e strumentali all'esecuzione del contratto assicurativo (es. prevenzione rischi cyber; servizio di antifurto);
 - per attività di studio statistico sulla base di clienti AXA, anche strumentali a future evoluzioni della Compagnia (ad esempio negli ambiti di sofisticazione della tariffazione, ottimizzazione della gestione dei sinistri e studio di nuove offerte commerciali sulla base dei comportamenti dei clienti);
 - ANIA (Associazione Nazionale fra le Imprese Assicuratrici); organismi associativi e consortili propri del settore assicurativo IVASS (Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni); nonché altri soggetti, quali: Banca d'Italia; 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; 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 (es. India, USA) - 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](http://www.axa.it/privacy/ulteriore_documentazione); www.axa.it/privacy/ulteriore_documentazione - Binding Corporate Rules) per i trasferimenti all'interno del Gruppo AXA, l'applicazione di clausole contrattuali standard definite dalla Commissione Europea per 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.

I Suoi dati personali saranno utilizzati solo con modalità e procedure strettamente necessarie per effettuare le attività suddette e non verranno diffusi. Per maggiori informazioni sul trasferimento internazionale dei dati personali, è sempre possibile contattare il Titolare, c.a. Data Protection Officer (DPO), (si veda par. *Quali sono i diritti dell'interessato e come possono essere esercitati?*)



Per quanto tempo i dati vengono conservati?

I dati personali sono conservati per tutto il tempo necessario al raggiungimento della finalità assicurativa, in accordo a quanto previsto dalla normativa vigente (es. art. 2220 codice civile), fermo restando che, decorsi **10 anni** dall'ultimo evento rilevante, si procede alla loro cancellazione/anonimizzazione. Si precisa che, per alcuni prodotti assicurativi del ramo Vita, nonché per il rispetto di specifici obblighi normativi e regolamentari (ad esempio in materia di tenuta dei Registri Assicurativi dei contratti emessi nei rami Vita), il periodo di conservazione dei dati è fissato in **20 anni** dall'ultimo evento.

Per le finalità commerciali e di marketing, in caso di manifestazione dei consensi opzionali richiesti, i dati raccolti saranno conservati per il tempo necessario coerente con le finalità indicate (e comunque per non più di **24 mesi** dalla cessazione del rapporto).

I dati relativi alla profilazione sono conservati per un periodo massimo di **12 mesi** dalla loro raccolta.

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 "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: www.axa.it/note_legali/firma_grafometrica) 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 dei Dati, è stata prevista come misura alternativa la sottoscrizione dei documenti con firma tradizionale autografa su supporto cartaceo, ovvero mediante firma digitale con OTP. 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 legge⁸.

I Dati, in forma sempre criptata, saranno conservati presso AXA e/o presso le società appositamente nominate Responsabili 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:

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

In ogni caso il trattamento dei Dati che La riguardano avverrà con le 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, accedere ai suoi dati personali, farli aggiornare, integrare, rettificare o cancellare, di chiederne la limitazione e di opporsi al loro trattamento, richiedere la portabilità dei dati, revocare il consenso espresso.

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. Inoltre, Lei potrà proporre reclamo all'Autorità di controllo in materia di protezione dei dati personali, in Italia il Garante per la protezione dei dati personali: Piazza Venezia n. 11 00187 Roma (+39)06.696771; protocollo@pec.gpdp.it.

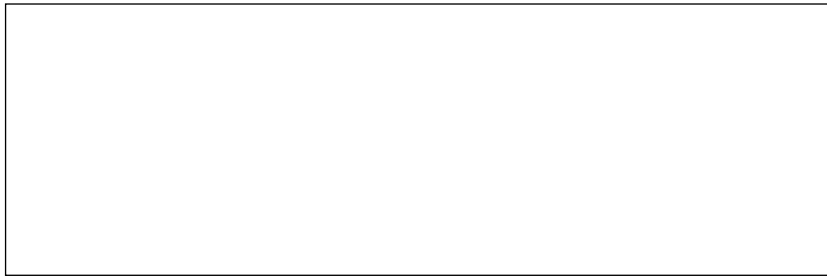
⁸ Provvedimento generale prescrittivo in tema di biometria, emesso dal Garante per la protezione dei dati personali il 12 novembre 2014.

Informativa sull'uso delle tecniche di comunicazione a distanza per le informazioni precontrattuali e la gestione dei contratti assicurativi

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 abbiamo necessità di raccogliere il suo consenso ad inviarle, in formato elettronico ed al contratto 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.

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



axa.it

Il presente documento è aggiornato al 1 novembre 2024.

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 € 232.535.335 interamente versato - Ufficio del Registro delle Imprese di Milano-Monza-Brianza-Lodi e C. F. n. 00902170018 - P. I.V.A. GRUPPO IVA AXA ITALIA n. 10534960967 -
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)