

Assicurazione sanitaria

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

AXA Assicurazioni S.p.A.

“Polizza Sanitaria Garanzie di Base”



Data ultima edizione: febbraio 2022

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

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

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

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

L'impresa 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 2020), ammonta a € 947 milioni di cui € 232 milioni di capitale sociale interamente versato e € 406 milioni di riserve patrimoniali, compreso il risultato di esercizio e gli utili portati a nuovo.

Il solvency ratio al 31 dicembre 2020, ovvero la misura sintetica del grado di solidità patrimoniale dell'impresa, 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 167% post dividendo prevedibile.

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

Al contratto si applica la legge italiana.



Che cosa è assicurato?

Garanzie di Base è una polizza sanitaria che prevede le seguenti garanzie.
Le coperture assicurative sono operanti se richiamate in Polizza ed è stato pagato il relativo premio. L'ampiezza dell'impegno della Compagnia è rapportato ai massimali e alle somme assicurate.

Garanzia Base

Nei casi di ricovero reso necessario da malattia o infortunio, intervento chirurgico terapeutico senza ricovero reso necessario da malattia o infortunio e parto con taglio cesareo, sono rimborsate le spese sostenute dall'Assicurato:


A. durante il ricovero o l'intervento chirurgico senza ricovero per:

- 1) onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, 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);
- 2) assistenza medica, cure, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali, esami ed analisi di laboratorio, accertamenti diagnostici;
- 3) rette di degenza fino alla concorrenza di 185,00 euro giornalieri;
- 4) rette per vitto e pernottamento nell'istituto di cura di un accompagnatore;
- 5) 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.


In caso di parto, avvenuto anche senza taglio cesareo, indennizzabile a termini di polizza, AXA rimborsa fino a concorrenza di 15.852,00 euro le spese per:

	<ul style="list-style-type: none"> • 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 rese necessarie da malattia anche congenita, da malformazioni, difetti fisici o da infortunio; • interventi chirurgici sul feto. <p>B. prima e dopo il ricovero o l'intervento chirurgico senza ricovero per:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. esami ed analisi di laboratorio, accertamenti diagnostici (compresi gli onorari medici) effettuati nei 90 giorni precedenti all'inizio del ricovero o alla data dell'intervento chirurgico senza ricovero purché inerenti la malattia o l'infortunio che hanno determinato il successivo ricovero o intervento chirurgico; 2. esami ed analisi di laboratorio, accertamenti diagnostici (compresi gli onorari medici), prestazioni mediche, chirurgiche, prestazioni infermieristiche, trattamenti fisioterapici o rieducativi, cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera) effettuati nei 90 giorni successivi alla cessazione del ricovero o alla data dell'intervento chirurgico senza ricovero purché inerenti la malattia o l'infortunio che hanno determinato il ricovero o intervento chirurgico; 3. l'acquisto o il noleggio, fino ad un massimo di 530,00 euro per persona e per anno assicurativo, effettuati nei 90 giorni successivi al ricovero o alla data dell'intervento chirurgico senza ricovero, purché inerenti la malattia o l'infortunio che hanno determinato il ricovero o intervento chirurgico: <ul style="list-style-type: none"> • dei seguenti apparecchi ortopedici: stampelle, carrozzine, corsetti e tutori; • di apparecchi protesici (comprese le protesi acustiche, comunque esclusi occhiali e lenti a contatto); • di apparecchiature terapeutiche; 4. l'acquisto trasporto dell'Assicurato con mezzo sanitariamente attrezzato idoneo secondo la gravità del caso: <ul style="list-style-type: none"> • per il tragitto fino al pronto soccorso o all'istituto di cura in caso di ricovero; • per il trasferimento da un istituto di cura ad un altro; • per il rientro al domicilio al momento della dimissione. <p>C. in caso di infortunio o di malattia dell'Assicurato che rendano necessario trattamenti terapeutici in Day hospital: le spese sostenute durante la degenza sino a concorrenza di 1.057,00 euro per:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. accertamenti diagnostici; 2. assistenza medica e infermieristica; 3. trattamenti fisioterapici e rieducativi; 4. medicinali nonché trattamenti terapeutici per neoplasie; 5. retta di degenza fino alla concorrenza di 106,00 euro giornalieri; 6. in caso di intervento chirurgico in Day Hospital vale quanto previsto dalla lettera A) per l'intervento chirurgico senza ricovero. <p>D. Indennità Sostitutiva Nei casi di ricovero indennizzabile a termini di polizza, ivi compreso il parto senza taglio cesareo e l'aborto terapeutico è prevista, nei termini seguenti, un'indennità sostitutiva. Qualora l'Assicurato non abbia richiesto ad AXA alcun rimborso relativo a spese di cui al punto A) "Spese durante il ricovero o l'intervento chirurgico senza ricovero", AXA corrisponde per ogni giorno di ricovero, un'Indennità Sostitutiva di 80,00 euro con il massimo di 120 giorni per anno assicurativo. Tale indennità è ridotta al 50% in caso di day hospital. Il primo e l'ultimo giorno di ricovero sono considerati una sola giornata. In caso di parto viene corrisposta un'unica Indennità Sostitutiva per ogni giorno di ricovero della sola puerpera, indipendentemente dal ricovero di uno o più neonati</p>
Prestazioni sanitarie extra ricovero (Visite mediche, esami ed accertamenti diagnostici ambulatoriali, cure ambulatoriali)	Sono rimborsate all'Assicurato le spese per: <ol style="list-style-type: none"> 1. onorari relativi a visite mediche rese necessarie da malattia o infortunio dell'Assicurato (escluse le visite mediche ortodontiche); 2. esami ed analisi di laboratorio, accertamenti diagnostici resi necessari da malattia o infortunio dell'Assicurato; 3. trattamenti fisioterapici e rieducativi resi necessari da infortunio dell'Assicurato purché effettuate nei 360 giorni successivi alla data dell'infortunio stesso. 4. onorari relativi a visite mediche, cure dentarie e paradontopatie rese necessarie da infortunio purché comprovato da referto di pronto soccorso (escluse, in ogni caso, le protesi dentarie).
Prestazioni sanitarie ad alta specializzazione (extra ricovero)	Sono rimborsate all'Assicurato le spese per prestazioni rese necessarie da malattia o infortunio per gli accertamenti diagnostici ambulatoriali qui di seguito espressamente elencati: <ol style="list-style-type: none"> 1) Angiografia; Ecotomografia vascolare (Doppler - Eco Color Doppler); Risonanza Magnetica Nucleare (R.M.N.); Scintigrafia; Tomografia Assiale Computerizzata (T.A.C.); Ecocardiografia; Ecocardioppler; Elettrocardiogramma dinamico (Holter); Mineralogia Ossea Computerizzata (M.O.C.); Test Ergometrico; EEG


	Mapping; Laparoscopia, Rettoscopia, Esofago gastroduodenoscopia, Pancoloscopia (anche se ac-compagnate da prelievo bioptico); 2) terapie ambulatoriali rese necessarie da neoplasie.
Infortuni senza ricovero Massimale	In caso di infortunio dell'Assicurato indennizzabile a termini di polizza (sempre che comprovato da referto di pronto soccorso) che non comporti ricovero, sono rimborsate all'Assicurato le spese per: 1) trasporto dell'Assicurato con qualsiasi mezzo sanitariamente attrezzato all'istituto di cura e da qui al suo domicilio; 2) accertamenti diagnostici; 3) onorari per prestazioni mediche ed infermieristiche; 4) trattamenti fisioterapici e rieducativi; 5) cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera); inerenti all'infortunio occorso e purché effettuate nei 90 giorni successivi alla data dell'infortunio stesso.
Assistenza infermieristica ospedaliera	rimborso delle spese sostenute e documentate dall'Assicurato per l'assistenza infermieristica facoltativa durante il ricovero, reso necessario da infortunio o malattia, fornita da personale infermieristico professionale.
Assistenza infermieristica domiciliare	Rimborso delle spese sostenute e documentate dall'Assicurato per l'assistenza infermieristica domiciliare immediatamente successiva a ricovero, reso necessario da infortunio o malattia, fornita da personale infermieristico professionale, per un periodo massimo di 30 giorni dalla data di cessazione del ricovero (per un periodo massimo di 60 giorni per anno assicurativo e per persona) e fino a concorrenza dell'importo giornaliero convenuto.
Rette dell'accompagnatore (al di fuori dell'istituto di cura)	Nel caso di ricovero dell'Assicurato reso necessario da infortunio o malattia, AXA rimborsa le spese sostenute per rette di vitto e pernottamento dell'accompagnatore al di fuori dell'istituto di cura, per un periodo non superiore a 30 giorni per ciascun ricovero e fino alla concorrenza dell'importo giornaliero convenuto.
Prestazioni di assistenza	Consulti medici telefonici, invio del medico, invio dell'ambulanza, ricerca luoghi di cura, trasporto sanitario, accompagnatore in caso di trasporto sanitario, custodia di minori di anni 15, messa a disposizione di un infermiere, anticipo delle spese mediche, chirurgiche, farmaceutiche ed ospedaliere sostenute all'estero, reperimento di medicinali urgenti, rientro anticipato.

 Che cosa NON è assicurato?	
Rischi esclusi	Garanzie Salute e Assistenza L'assicurazione non è operante per: <ol style="list-style-type: none"> 1) malattie e stati patologici conosciuti e/o diagnosticati anteriormente alla stipulazione del contratto sottaciuti ad AXA con dolo o colpa grave, all'atto della stipula del contratto; 2) le prestazioni sanitarie e la cura delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, ivi compresi i comportamenti nevrotici e loro conseguenze e complicanze; 3) 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); 4) le prestazioni sanitarie e le cure per infertilità, sterilità maschile e femminile, fecondazione assistita e simili, impotenza; 5) l'aborto volontario non terapeutico; 6) la cura di intossicazioni conseguenti ad abuso di alcoolici o ad uso non terapeutico di psicofarmaci, di stupefacenti o di allucinogeni; 7) gli infortuni causati dallo stato di ubriachezza dell'Assicurato o dall'effetto di allucinogeni, stupefacenti o psicofarmaci assunti non a scopo terapeutico dall'Assicurato; 8) gli infortuni avvenuti durante la guida di veicoli causati da crisi epilettiche dell'Assicurato; 9) gli infortuni conseguenti ad azioni delittuose compiute o tentate dall'Assicurato, intendendosi invece compresi quelli sofferti in conseguenza di imprudenza o negligenza anche gravi dell'Assicurato stesso; 10) le prestazioni sanitarie, le cure e gli interventi per l'eliminazione o correzione di difetti fisici, se non insorti in corso di contratto e salvo quanto previsto per i neonati; 11) le prestazioni sanitarie, le cure e gli interventi per la eliminazione o correzione di malformazioni, salvo quanto previsto per i neonati e salvo le malformazioni di cui l'Assicurato sia portatore inconscio;


	<p>12) la correzione della miopia, astigmatismo, ipermetropia;</p> <p>13) le prestazioni sanitarie, le applicazioni, le cure e gli interventi di carattere estetico (salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da neoplasie maligne nei 360 giorni successivi all'intervento chirurgico demolitivo, o da infortunio comprovato da referto di pronto soccorso, purché effettuati durante la validità del contratto);</p> <p>14) le protesi dentarie nonché le prestazioni sanitarie e le cure odontoiatriche ed ortodontiche (comprese le paradontopatie) - salvo quanto previsto nelle "Prestazioni sanitarie extra ricovero";</p> <p>15) le prestazioni sanitarie non riconosciute dalla medicina ufficiale nonché quelle non effettuate da medici o paramedici abilitati all'esercizio dell'attività professionale;</p> <p>16) 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.);</p> <p>17) le conseguenze di movimenti tellurici, inondazioni ed eruzioni vulcaniche (salvo quanto previsto nelle estensioni contrattuali relativamente a "Eventi naturali catastrofici");</p> <p>18) le conseguenze di guerre (dichiarate o non dichiarate), insurrezioni, (salvo quanto previsto nelle estensioni contrattuali relativamente a "Rischio guerra");</p> <p>19) le conseguenze di tumulti popolari, atti violenti od aggressioni, cui l'Assicurato abbia preso parte attiva;</p> <p>20) le prestazioni sanitarie e le cure fitoterapiche, idropiniche, dietetiche e termali (salvo per quest'ultime quanto previsto per le spese "prima e dopo il ricovero o l'intervento chirurgico senza ricovero" della Garanzia Base - "Oggetto dell'assicurazione");</p> <p>21) i trattamenti terapeutici di agopuntura, salvo quelli effettuati da personale medico durante il ricovero;</p> <p>22) gli infortuni causati dalla pratica di sport aerei in genere o dalla partecipazione a gare motoristiche non di regolarità pura ed alle relative prove.</p> <p>Garanzie Assistenza Relativamente alle Garanzie di Assistenza, sono inoltre escluse:</p> <ul style="list-style-type: none"> • le prestazioni o spese non autorizzate specificatamente da AXA Assistance; • le opere di ricerca in montagna, in mare o nei deserti.
--	---


 Ci sono limiti di copertura?	
Garanzia	Limiti di copertura
Ricoveri, interventi e day hospital	<p>Il pagamento dell'indennizzo all'Assicurato che si sia rivolto a strutture sanitarie e medici non convenzionati ovvero solo medici non convenzionati con AXA o non si sia avvalso del Servizio Sanitario Nazionale, viene effettuato, limitatamente alle strutture e ai soggetti non convenzionati, nella misura dell'80% delle spese effettivamente sostenute rimanendo il restante 20% a carico dell'Assicurato.</p> <p>Nell'ambito del massimale per persona e per nucleo assicurato, sono inoltre operanti i seguenti limiti di indennizzo per persona e per evento:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1.585,00 euro per tonsille, adenoidi e revisione cavità uterina; • 2.115,00 euro per cataratta, cheratocono, varicocele, varici, appendiciti, emorroidi, fistole, ascessi perianali e mastopatia fibrocistica; • 2.640,00 euro per interventi in artroscopia; • 3.170,00 euro per parto con taglio cesareo, ernie (salvo quelle discali), calcolosi renale e delle vie urinarie, patologie dell'apparato genitale femminile (escluse le neoplasie maligne e isterectomia); • 5.284,00 euro per ernie discali, isterectomia, patologie della prostata e interventi ricostruttivi di lega-menti articolari e meniscectomia non in artroscopia; • 7.925,00 euro per quadrantectomia e mastectomia; • 13.210,00 euro per artroprotesi dell'anca. <p>In caso di infezione da H.I.V. o sindrome da immunodeficienza acquisita (A.I.D.S.) sono rimborsate fino a concorrenza di 16.000,00 euro le spese sostenute dall'Assicurato per il periodo massimo di 120 giorni dalla prima manifestazione della malattia. Trascorso tale termine l'assicurazione cessa di avere efficacia.</p>
Prestazioni sanitarie extra ricovero (Visite mediche, esami ed	<p>il rimborso è effettuato fino alla concorrenza del 80% delle spese effettivamente sostenute, restando il rimanente 20% a carico dell'Assicurato con il minimo di 25,00 euro.</p>

accertamenti diagnostici ambulatoriali, cure ambulatoriali)	
Prestazioni sanitarie ad alta specializzazione (extra ricovero)	il rimborso è effettuato fino alla concorrenza del 80% delle spese effettivamente sostenute, restando il rimanente 20% a carico dell'Assicurato con il minimo di 25,00 euro.
Infortuni senza ricovero	massimale indicato in polizza
Assistenza infermieristica ospedaliera	per un periodo massimo di 30 giorni per ciascun ricovero e fino a concorrenza dell'importo giornaliero convenuto
Assistenza infermieristica domiciliare	per un periodo massimo di 30 giorni dalla data di cessazione del ricovero (col massimo di 60 giorni per anno assicurativo e per persona) e fino a concorrenza dell'importo giornaliero convenuto.
Rette dell'accompagnatore (al di fuori dell'istituto di cura)	per un periodo massimo di 30 giorni per ciascun ricovero e fino a concorrenza dell'importo giornaliero convenuto


 Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?	
Cosa fare in caso di sinistro?	<p>Denuncia di sinistro: in caso di sinistro l'Assicurato dovrà rivolgersi all'Agenzia cui è assegnata la polizza o accedere all'area riservata del portale web accessibile all'indirizzo www.axa.it, entro tre giorni da quando ne ha avuto conoscenza.</p> <p>In caso di utilizzo di strutture sanitarie e/o medici convenzionati l'Assicurato potrà contattare la Centrale Operativa per richiedere l'attivazione della presa in carico diretta dei costi delle spese sanitarie formalizzando la denuncia del sinistro.</p> <p><u>La Centrale Operativa è accessibile attraverso i seguenti strumenti:</u></p> <p>Numero Verde 800.085.559 per chiamate dall'Italia Numero +39.06.45.202.137 per chiamate dall'Estero</p> <p><i>Servizio telefonico disponibile dal lunedì al venerdì dalle 9.00 alle 19.00 e il sabato dalle 9.00 alle 13.00</i></p> <p>Portale Web all'indirizzo www.axa.it</p> <p>Nel caso di ricovero o intervento chirurgico in strutture sanitarie e/o medici convenzionati - salvo i casi di comprovata urgenza - al fine di agevolare le procedure per il ricovero occorre contattare telefonicamente la Centrale Operativa con un preavviso di almeno 48 ore.</p> <p>La Centrale Operativa, previa verifica della posizione amministrativa e clinica, provvederà ad autorizzare o negare l'effettuazione della prestazione in regime di convenzione presso istituti di cura, centri diagnostici e medici prescelti.</p> <p>La denuncia deve essere corredata dalla documentazione medica richiesta, come disposto nei criteri - "Criteri di liquidazione- Pagamento dell'indennizzo".</p> <p>L'Assicurato deve consentire le indagini e gli accertamenti necessari nonché, su richiesta di AXA, sottoporsi agli eventuali accertamenti e controlli medici disposti da suoi incaricati, fornire ogni informazione e produrre copia di ogni documentazione sanitaria richiesta sciogliendo dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato, acconsentendo al trattamento dei dati personali, a norma del Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati n. 2016/679 e del D.Lgs. n. 196/03 e successive modifiche.</p>
	<p>Assistenza diretta/in convenzione: AXA ha stipulato specifiche convenzioni con istituti di cura, centri diagnostici e medici.</p> <p>La gestione dei servizi (convenzionamenti e/o rimborso spese) relativi ai sinistri delle garanzie malattia può essere affidata da AXA Assicurazioni a provider esterni.</p>
	<p>Gestione da parte di altre imprese: i servizi di assistenza sono gestiti da AXA Assistance con i seguenti contatti:</p> <p>Numero Verde 800.27.13.43 per chiamate dall'Italia Numero +39.06.42.11.55.05 per chiamate dall'Estero Fax +39.06.47.43.262</p>
	<p>AXA, lasciando invariati la portata e i limiti di tali prestazioni, ha la facoltà di affidare tali servizi ad altra società autorizzata in tale caso verrà comunicata al Contraente la nuova società senza che ciò possa costituire motivo di risoluzione del contratto.</p>

	Prescrizione: I diritti derivanti dal presente contratto di assicurazione si prescrivono dopo due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda.
Dichiarazioni inesatte o reticenti	Dichiarazioni inesatte o reticenti: Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente o dell'Assicurato relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, quali l'esistenza di malattie pregresse o le conseguenze di infortuni, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione.
Obblighi dell'impresa	Obblighi dell'impresa: Axa, verificata l'operatività della garanzia, ricevuta la documentazione relativa al sinistro e compiuti gli accertamenti del caso, determina l'indennizzo che risulti dovuto, ne dà comunicazione all'interessato e, avuta notizia dell'accettazione, provvede al pagamento entro 15 giorni. 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.


 Quando e come devo pagare?	
Premio	<p>Il contratto, salvo diversa pattuizione fra le Parti, è stipulato con frazionamento annuale, dove per frazionamento deve intendersi la periodicità di pagamento del premio. E' consentito il frazionamento semestrale, quadrimestrale, trimestrale e mensile senza ulteriori oneri aggiuntivi.</p> <p>Gli intermediari possono ricevere dal contraente, a titolo di pagamento dei premi assicurativi:</p> <p>a) assegni bancari, postali o circolari, muniti della clausola di non trasferibilità, intestati all'impresa per conto della quale operano o a quella di cui sono distribuiti i contratti, oppure all'intermediario, espressamente in tale qualità;</p> <p>b) ordini di bonifico, altri mezzi di pagamento bancario o postale, sistemi di pagamento elettronico, che abbiano quale beneficiario uno dei soggetti indicati alla precedente lettera a).</p> <p>L'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato in polizza se il premio o la prima rata di premio sono stati pagati; altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento. I premi devono essere pagati all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza oppure ad AXA e sono comprensivi delle imposte.</p> <p>Se il Contraente non paga i premi o le rate di premio successive, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del 30° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze.</p>
Rimborso	Il contratto non prevede rimborso di premi

 Quando comincia la copertura e quando finisce?	
Durata	<p>- Ad integrazione di quanto indicato nel DIP, la garanzia è valida dalle ore 24:</p> <ul style="list-style-type: none"> • del giorno di effetto dell'assicurazione, per gli infortuni occorsi successivamente a tale data; • del 30° giorno successivo a quello di effetto dell'assicurazione, per le malattie; • del 180° giorno successivo a quello di effetto dell'assicurazione, per le conseguenze di stati patologici, sottoposti ad accertamenti o curati anteriormente alla stipulazione dell'assicurazione, dichiarati dall'Assicurato e se accettati da AXA con specifica clausola aggiuntiva, nonché per le conseguenze di stati patologici non conosciuti dall'Assicurato ma insorti, secondo giudizio medico, anteriormente alla stipulazione della polizza; • del 360° giorno successivo a quello di effetto dell'assicurazione per le varici, le emorroidi ed il parto. <p>Per le malattie dipendenti da gravidanza e per l'aborto terapeutico, la garanzia è operante con il termine di aspettativa di 120 giorni, purché la gravidanza abbia avuto inizio in un momento successivo a quello di effetto dell'assicurazione.</p> <p>Qualora la presente polizza sia stata emessa in sostituzione o in prosecuzione di altra con la medesima Società - senza soluzione di continuità - riguardante gli stessi Assicurati e identiche garanzie, gli anzidetti termini operano:</p> <ul style="list-style-type: none"> • dal giorno di effetto della garanzia di cui alla polizza precedente, 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 ed alle diverse prestazioni da quest'ultima previste. <p>Analogamente, in caso di variazioni intervenute nel corso del presente contratto, il termine di</p>

	aspettativa suddetto decorre dalla data della variazione stessa, per le maggiori somme o le diverse persone o prestazioni assicurate.
Sospensione	Le garanzie non possono essere sospese.

 Come posso disdire la polizza?	
Ripensamento dopo la stipulazione	È riconosciuto al contraente il diritto di recedere dal contratto pluriennale alla scadenza di ogni singola annualità, mediante l'invio di una lettera raccomandata spedita almeno 60 giorni prima della scadenza.
Risoluzione	Non vi sono ulteriori informazioni rispetto a quelle fornite nel DIP

 A chi è rivolto questo prodotto?	
Il prodotto è indirizzato a singoli assicurati e famiglie.	

 Quali costi devo sostenere?	
Costi di intermediazione: le provvigioni relative al prodotto, differiscono in base all'Agenzia/intermediario alla quale è assegnata la polizza ed anche in base al numero e tipo di sezioni di garanzie sottoscritte. Il costo di intermediazione medio (senza considerare eventuali rappels e simili), cioè la provvigione ricorrente annuale standard di prodotto è circa del 23,3% del premio assicurativo imponibile (al netto delle imposte).	

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?	
All'impresa assicuratrice	<p>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:</p> <p>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</p> <p>avendo cura di indicare:</p> <ul style="list-style-type: none"> • nome e cognome, indirizzo completo e recapito telefonico del reclamante; • numero della polizza e nominativo del Contraente; • numero e data del sinistro al quale si fa riferimento; • indicazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato; • breve ed esaustiva descrizione del motivo di lamentela; • ogni altra indicazione e documento utile per descrivere le circostanze. <p>Sarà cura della Compagnia fornire riscontro entro 45 giorni dalla data di ricevimento del reclamo.</p> <p>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.</p> <p>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.</p>
All'IVASS	<p>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".</p> <p>Per maggiori informazioni si rimanda a quanto presente nell'area Reclami del sito: www.axa.it</p> <p>Eventuali reclami relativi alla mancata osservanza da parte della Compagnia, degli intermediari e dei periti assicurativi, delle disposizioni del Codice delle assicurazioni, delle relative norme di attuazione nonché delle norme sulla commercializzazione a distanza dei prodotti assicurativi possono essere presentati direttamente all'IVASS, secondo le modalità sopra indicate.</p>

PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile, avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali:	
Mediazione	<p>Interpellando un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito www.giustizia.it.</p> <p>Per attivare la procedura, il contraente, l'Assicurato o il danneggiato dovranno rivolgersi ad un Organismo di Mediazione del luogo del Giudice territorialmente competente per la controversia, che provvederà a trasmettere alla Compagnia la domanda di attivazione, con indicazione della data fissata per il primo incontro.</p> <p>La Compagnia provvederà a rispondere almeno 7 giorni lavorativi prima della data prevista per il primo incontro.</p>
Negoziazione assistita	Tramite richiesta del proprio avvocato all'impresa assicuratrice.
Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie	<p>Arbitrato irrituale: laddove espressamente previsto dalle Condizioni Generali di Assicurazione, per controversie relative alla determinazione del valore del danno o alle conseguenze di natura medica di un sinistro, che verranno devolute ai consulenti tecnici nominati da ciascuna delle Parti.</p> <p>Per attivare la procedura è necessario comunicare alla Compagnia la volontà di dare avvio alla stessa. La Compagnia provvederà a dare riscontro al richiedente indicando il nominativo del proprio consulente tecnico e la Procedura seguirà le modalità espressamente indicate nella relativa previsione di Polizza.</p> <p>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.</p> <p>Arbitrato: qualora per la risoluzione di eventuali controversie si dovesse ricorrere in arbitrato, così come regolamentato nelle Condizioni Generali di Assicurazione, si rammenta la possibilità in ogni caso di rivolgersi all'Autorità Giudiziaria.</p> <p>Conciliazione paritetica gratuita per l'Assicurato: tramite una delle Associazioni dei consumatori aderenti al sistema e indirizzando una richiesta di conciliazione secondo le modalità descritte sui siti: www.ivass.it - www.ania.it</p>

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

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

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

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

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