

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: Dicembre 2025

Assicurazione sanitaria

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

AXA Assicurazioni S.p.A.

“Protezione Salute”



Data ultima edizione: Gennaio 2026

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., Corso Como, n. 17, 20154; Milano; tel. +39.02.48.084.1; sito internet: www.axa.it; PEC: axaassicurazioni@axa.legalmail.it; indirizzo e-mail: infodanni@axa.it, iscritta all'Albo delle Imprese IVASS n.1.00025; Capogruppo del gruppo assicurativo AXA ITALIA iscritto all'Albo Gruppi IVASS con il n. 041; soggetta alla direzione ed al coordinamento di AXA MEDITERRANEAN HOLDING SAU (calle Monsenor Palmer, 1 - Palma de Mallorca - Spagna). Per la richiesta di eventuali informazioni: n. telefonico +39.02.48.084.1 – Fax +39.02.48.084.331; sito internet: www.axa.it. Il patrimonio netto di AXA Assicurazioni S.p.A., riferito all'ultimo bilancio approvato (esercizio 2024), ammonta a € 679 milioni di cui € 233 milioni di capitale sociale interamente versato e € 447 milioni di riserve patrimoniali, compreso il risultato di esercizio e gli utili portati a nuovo.

Il solvency ratio al 31 dicembre 2024, 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, e relativo all'ultimo bilancio approvato, è pari al 218%.

Per informazioni patrimoniali sulla società (relazione sulla solvibilità e sulla condizione finanziaria dell'impresa) è possibile consultare il sito: <https://corporate.axa.it/risultati>

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	-
	Alta diagnostica e fisioterapia	persona/anno assicurativo	-
	Visite e Accertamenti Urgenti Brevi	persona/anno assicurativo	-
	Diaria Ricovero	persona/anno assicurativo	-
DIARIE	Diaria Convalescenza	diaria giornaliera per evento	-
	Assistenza 360	-	-
ASSISTENZA	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 all'Ufficio Gestione Reclami secondo la seguente modalità: modulo di richiesta online su sito internet www.axa.it "sezione Contatti". Sono inoltre disponibili i seguenti altri canali: (i) mail: reclami@axa.it (ii) pec: reclami@axa.it (iii) posta: AXA Assicurazioni S.p.A - Ufficio Gestione Reclami Corso Como, 17 - 20154 Milano. AXA Assicurazioni S.p.A. è tenuta a rispondere entro 45 giorni. Per i reclami relativi al comportamento degli Agenti e dei loro dipendenti e collaboratori il termine massimo pari a 45 giorni per fornire riscontro potrà essere sospeso per un massimo pari a 15 giorni per le necessarie integrazioni istruttorie.
All'IVASS	In caso di esito insoddisfacente o risposta tardiva, è possibile rivolgersi all'IVASS, Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, fax 06.42133206, pec: ivass@pec.ivass.it . Info su: www.ivass.it

PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali:

Arbitro assicurativo	Presentando ricorso all'Arbitro Assicurativo tramite il portale disponibile sul sito internet dello stesso (www.arbitroassicurativo.org) dove è possibile consultare i requisiti di ammissibilità, le altre informazioni relative alla presentazione del ricorso stesso e ogni altra indicazione utile.
Mediazione	È obbligatorio rivolgersi, con il supporto di un avvocato, ad un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito www.giustizia.it (Legge 9/8/2013, n. 98).
Negoziazione assistita	È possibile ricorrere alla negoziazione assistita tramite richiesta del proprio avvocato all'impresa assicuratrice.
Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie	Il reclamante può ricorrere ai sistemi alternativi per la risoluzione delle controversie previsti a livello normativo o convenzionale, quali: • arbitrato irrituale, laddove espressamente previsto dalle Condizioni Generali di Assicurazione, o in caso di successivo accordo compromissorio, 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 <ul="" di="" polizza.=""> • arbitrato rituale, laddove espressamente previsto dalle Condizioni Generali di Assicurazione o in caso di successivo accordo compromissorio. • Per la soluzione delle liti transfrontaliere si può presentare reclamo all'IVASS o direttamente al sistema estero competente chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET o della normativa applicabile. </previsione>
--	---

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 È 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.

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!



Protezione Salute

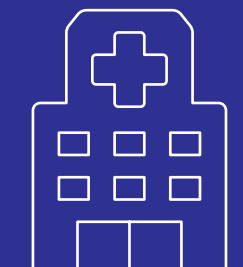
**Condizioni di Assicurazione
comprehensive del Glossario
e dell'Informativa sulla Privacy**

**Prima della sottoscrizione leggere
attentamente il set informativo**

Contratto di assicurazione sanitaria

Linee Guida per contratti chiari
e comprensibili (ANIA 2024)

AXA Assicurazioni S.p.A.





Protezione Salute

**Condizioni di Assicurazione
comprehensive del Glossario
e dell'Informativa sulla Privacy**

**Prima della sottoscrizione leggere
attentamente il set informativo**

Contratto di assicurazione sanitaria

**Linee Guida per contratti chiari
e comprensibili (ANIA 2024)**

AXA Assicurazioni S.p.A.

edizione dicembre 2025

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)



Contatti utili

In caso di emergenza



SEZIONE ASSISTENZA - AXA Partners

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



Numero Verde **800 27 13 43** per chiamate dall'Italia



Numero dall'estero **+39 06 42 11 55 05** per chiamate dall'Estero

Attivi 24/7

In caso di denuncia sinistro



INFORTUNI E SALUTE

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 dall'estero **+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

Per informazioni



Modulo di richiesta online



www.axa.it (sezione Contatti)

Per conoscere le strutture convenzionate



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

Reclami



Modulo di richiesta online



www.axa.it (sezione Contatti)



Mail: reclami@axa.it



PEC: reclamiisvapaxa@axa.legalmail.it



Posta: AXA Assicurazioni S.p.A - c.a Reclami Corso Como, 17 - 20154 Milano



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

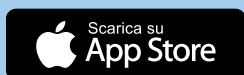
Per maggiori informazioni e assistenza consulta il sito **www.axa.it** oppure contattaci direttamente

- ✓ 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!



PAGINA BIANCA

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	11
Art. 3 Ricoveri e Interventi COMFORT	14
Art. 4 Ricoveri e Interventi Patologie Gravi	15
Cosa assicuro - AMBITO VISITE E ACCERTAMENTI	18
Art. 5 Visite e Accertamenti Urgenti e Brevi	18
Art. 6 Alta diagnostica e Fisioterapia	19
Art. 7 Visite, Accertamenti e Fisioterapia.....	20
Art. 8 Infortuni e gesso	21
Cosa assicuro - AMBITO DIARIE	22
Art. 9 Diaria da Ricovero	22
Art. 10 Diaria da Convalescenza	22
Cosa assicuro - AMBITO PREVENZIONE.....	23
Art. 11 Check up e Test DNA nutrizionale	23
Come mi assicuro - Condizioni particolari.....	26
Art. 12 P1 – Ricoveri e Interventi TOP con franchigia	26
Art. 13 P3 – Ricoveri e Interventi TOP con scoperto fuori convenzione	26
Art. 14 P2 – Visite, Accertamenti e Fisioterapia senza visite specialistiche	27
Art. 15 Q1 – Rinuncia alla compilazione del questionario sanitario	27
Cosa non assicuro	27
Art. 16 Termini di aspettativa	27
Art. 17 Esclusioni	27
Art. 18 Tabella 1: Tabella riassuntiva di limiti, franchigie o scoperti (o entrambi)	29
Sezione - Il sinistro	36
Come attivare le prestazioni	36
Art. 19 Utilizzo di strutture sanitarie e medici convenzionati con AXA	36
Art. 20 Cosa fare in caso di sinistro	37
Art. 21 Criteri di liquidazione e pagamento dell'indennizzo	38
Art. 22 Anticipo indennizzo all'estero.....	41
Art. 23 Controversie – Arbitrato irrituale.....	41
Sezione Assistenza	42
Cosa assicuro - Garanzia Assistenza	42
Art. 24 Assistenza Base.....	42
Art. 25 Assistenza 360.....	43
Art. 26 Esclusioni	53
Art. 27 Limiti di esposizione	53
Art. 28 Responsabilità.....	53
Art. 29 Tabella 2: Tabella riassuntiva di limiti, franchigie o scoperti (o entrambi)	54
Come attivare le prestazioni	55
Art. 30 Come richiedere i servizi di assistenza	55

Art. 31 Come richiedere il servizio di Parere Medico Complementare	55
Art. 32 Comunicazioni e variazioni	55
Norme comuni.....	56
Art. 33 Estensione territoriale	56
Art. 34 Eventi naturali catastrofici.....	56
Art. 35 Rischio guerra	56
Art. 36 Altre assicurazioni	56
Art. 37 Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio.....	56
Art. 38 Questionario sanitario	56
Art. 39 Pagamento del premio e decorrenza dell'assicurazione	57
Art. 40 Indicizzazione e adeguamento automatico del premio.....	57
Art. 41 Aggiornamento automatico del premio in base all'età dell'Assicurato	58
Art. 42 Periodo di assicurazione, proroga.....	59
Art. 43 Alcolismo e Tossicodipendenza.....	59
Art. 44 Cessazione o scomparsa del Contraente.....	59
Art. 45 Recesso per limiti di età.....	59
Art. 46 Motivi e termini di cessazione degli effetti del contratto	59
Art. 47 Oneri fiscali	59
Art. 48 Modifiche dell'assicurazione	60
Art. 49 Rinuncia al diritto di recesso in caso di sinistro.....	60
Art. 50 Rinuncia al diritto di rivalsa.....	60
Art. 51 Assicurazione per conto altrui – Titolarità dei diritti e degli obblighi nascenti dalla polizza	60
Art. 52 Foro competente	60
Art. 53 Rinvio alle norme di legge.....	60
Art. 54 Forma delle comunicazioni	60
Art. 55 Paesi soggetti a sanzioni internazionali - Clausola di esclusione per sanzioni economiche e finanziarie	60
Art. 56 Effetto, durata e disdetta del contratto stipulato mediante tecniche di comunicazione a distanza	60
Allegato 1: ELENCO Patologie Gravi	62
Articoli di legge	64
INFORMATIVA GENERALE SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI.....	66
INFORMATIVA SULL'USO DELLE TECNICHE DI COMUNICAZIONE A DISTANZA PER LE INFORMAZIONI PRECONTRATTUALI E LA GESTIONE DEI CONTRATTI ASSICURATIVI.....	74

Questo documento si compone in totale di: 75 pagine.

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 "Oblio 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'oblio oncologico" - "Legge").

Il termine "*oblio 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 ventunesimo 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'oblio 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 1 e trascritti di seguito.

TIPO DI TUMORE	SPECIFICAZIONI	ANNI DALLA FINE DEL TRATTAMENTO
Colon-retto	Stadio 1, qualsiasi età	1
Colon-retto	Stadio 11-111, >21 anni	7
Melanoma	>21 anni	6
Mammella	Stadio 1-11, 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 è un prodotto assicurativo pensato per proteggere la tua salute e quella degli assicurati.

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

AXA rimborsa spese mediche ed eroga servizi di assistenza in seguito a un infortunio o una malattia.

Questo prodotto offre anche un programma di prevenzione.

Protezione Salute copre 5 ambiti di bisogno:

1. Ricoveri e Interventi;
2. Visite e Accertamenti;
3. Diarie;
4. Prevenzione;
5. Assistenza.

Puoi definire la tipologia e la completezza della copertura per ciascun ambito di bisogno.

Le garanzie sono divise per ambito di bisogno e copertura. Le puoi scegliere in base alle regole tecniche di abbinamento.

Puoi acquistare la sezione Malattia, la sezione Assistenza o entrambe.

La sezione Assistenza è sempre associata alle garanzie della sezione Malattia, ma la puoi acquistare anche da sola.

In ogni ambito di bisogno sono presenti garanzie:

- Base: la tua copertura prevede almeno una garanzia base;
- Accessorie: puoi aggiungerle alle garanzie base per personalizzare la tua copertura.

Questa tabella mostra la struttura complessiva del prodotto **Protezione Salute**.

Ti permette di fare la scelta più adatta alle tue esigenze:

Tipo Garanzie	Ambito	Garanzie
BASE	Ricoveri e interventi	Ricoveri e Interventi Top* Ricoveri e Interventi Premium Ricoveri e Interventi Comfort Ricoveri e Interventi Patologie Gravi
	Visite e accertamenti	Alta diagnostica e fisioterapia Visite e Accertamenti Urgenti e Brevi
	Assistenza (sempre compresa)	Assistenza 360 Assistenza Base
	Prevenzione	Check up
ACCESSORIE	Visite e accertamenti	Visite, Accertamenti e fisioterapia** Infortuni e gesso
	Diarie	Diaria ricovero Diaria Convalescenza

* 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.

Avvertenze

Ti ricordiamo che quando acquisti un prodotto assicurativo:

- l'assicurazione vale solo per le garanzie e per le persone indicate in polizza, per le quali hai pagato il premio;
 - l'assicurazione copre le somme specificate nella polizza;
 - alcune garanzie possono avere limiti di copertura, come nel caso di scoperti e franchigie.
- Questa parte è spiegata nella polizza o nelle Condizioni di Assicurazione.

Legenda

Per rendere più chiara la lettura delle Condizioni di Assicurazione sono stati usati i seguenti elementi visivi:

- sfondo grigio per evidenziare le frasi che indicano:
 - decadenze e nullità del contratto;
 - limitazioni ed esclusioni del contratto, che possono comportare la riduzione o il mancato pagamento dell'indennizzo;
 - obblighi di comportamento che devi seguire.

Premessa

- **grassetto corsivo** per indicare i termini del Glossario.

- Box con bordo tratteggiato per i contatti di AXA.

- Box di consultazione per:
 - chiarire con esempi pratici le regole di funzionamento di alcuni meccanismi tipici delle assicurazioni (franchigie, scoperti, ecc.). Tali esempi non hanno alcun valore contrattuale;
 - semplificare e rendere più chiari alcuni concetti tipici delle assicurazioni.

Contatti

Per tutte le comunicazioni relative al contratto, diverse da quelle per cui è richiesta una specifica modalità, puoi contattare la filiale di riferimento o AXA ai seguenti recapiti:

- **numero verde** 800 085 559; numero dall'estero +39 06 45202137
- **modulo di richiesta on line** sul sito www.axa.it nella sezione Contatti
- **PEC:** axaassicurazioni@axa.legalmail.it

Ti ricordiamo anche che è disponibile un'[Area Clienti](#) gratuita dove puoi gestire il tuo contratto e visualizzare tutti i dettagli.

Glossario

Di seguito trovi le definizioni dei termini più rilevanti usati nel Set Informativo (evidenziati in **grassetto corsivo**) e il loro significato per questo contratto:

Aborto terapeutico:	Interruzione volontaria della gravidanza, realizzata per motivi medici e nel rispetto delle leggi italiane. Questa procedura ha l'obiettivo di: • proteggere la salute della madre; • evitare malformazioni o gravi patologie nel feto.
Accertamento Diagnostico:	Prestazione medica con lo scopo di: • verificare la presenza di malattie; • monitorare il decorso della malattia; • valutare gli esiti di un infortunio.
Anno assicurativo:	Periodo di un anno (365 giorni o 366 per gli anni bisestili) che inizia dalla data di sottoscrizione della polizza .
Arbitrato:	Procedura alternativa alla giustizia ordinaria per risolvere controversie tra le parti relative al contratto. Ci sono 2 tipi di arbitrato: • rituale, quando la decisione degli arbitri (chiamata lodo) ha la stessa efficacia della sentenza di un giudice; • irrituale, quando la decisione degli arbitri non può essere applicata in modo diretto, ma può diventare esecutiva se le parti coinvolte sono entrambe d'accordo.
Assicurato:	Soggetto su cui grava il rischio ed è, in generale, beneficiario dell' assicurazione .
Assicurazione:	Contratto con il quale AXA si obbliga a tenere indenne l' assicurato , entro i limiti pattuiti, dai danni che potrebbe subire a seguito del verificarsi degli eventi coperti in polizza .
Assistenza:	Aiuto tempestivo, in denaro o in natura, fornito all' assicurato quando si trova in difficoltà dopo che si è verificato un sinistro . Tale aiuto è fornito dalla Centrale Operativa IPAS , per conto di AXA .
Assistenza Infermieristica:	Assistenza prestata da personale infermieristico iscritto all'apposito albo professionale.
AXA:	AXA Assicurazioni S.p.A.
AXA Partners:	Denominazione di Inter Partner Assistance S.A. - Rappresentanza Generale per l'Italia - Via Carlo Pesenti, 121 - 00156 Roma
Cartella Clinica:	Documento ufficiale che vale come atto pubblico. Viene redatta durante la degenza del paziente, sia in caso di ricovero diurno che in caso di pernottamento in un istituto di cura. Contiene informazioni importanti sul paziente, tra cui: • generalità (per esempio nome, età e sesso); • diagnosi di ingresso e dimissione; • anamnesi patologica remota e prossima; • interventi chirurgici eseguiti; • terapie effettuate; • esami; • diario clinico; • Scheda di Dimissione Ospedaliera (S.D.O.).
Centrale Operativa AXA:	Struttura organizzativa di AXA Italia Servizi S.p.A. – Società Consortile del Gruppo AXA ITALIA, costituita da risorse umane ed attrezzature, incaricate di gestire le prestazioni previste della sezione malattia secondo quanto previsto in polizza .
Centrale Operativa IPAS:	Struttura organizzativa di Inter Partner Assistance Services S.r.l. - 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 della sezione assistenza secondo quanto previsto in polizza .
Centro medico:	Struttura sanitaria regolarmente autorizzata che offre servizi di diagnosi e trattamenti, tra cui: • visite specialistiche; • esami diagnostici strumentali; • analisi di laboratorio; • utilizzo di apparecchiature elettromedicali; • trattamenti fisioterapici;

	• trattamenti rieducativi. Tale struttura non garantisce il ricovero e non effettua trattamenti di natura estetica.
Contraente:	Sei tu, il soggetto che stipula l' assicurazione e paga il premio .
Copertura:	Contenuto di ciascuna garanzia prestata.
Day Hospital:	Degenza in istituto di cura senza pernottamento che non prevede Intervento chirurgico , con redazione di Cartella Clinica.
Day Surgery:	Degenza in istituto di cura senza pernottamento che prevede Intervento chirurgico terapeutico, con redazione di Cartella Clinica.
Difetti fisici:	Mancanze o imperfezioni di un organo o di un apparato che non erano presenti alla nascita o non erano state 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 .
Gessatura:	Ogni mezzo di contenzione rigido costituito da fasce gessate o altro apparecchio di contenimento comunque immobilizzante prescritto da personale medico. Sono compresi i bendaggi elastici (anche adesivi) usati per trattare o ridurre fratture accertate con una radiografia
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 all' assicurato beneficiario, in caso di sinistro.
Infortunio:	Evento unico dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni fisiche constatabili in modo obiettivo.
Intervento chirurgico:	Procedura medica con scopo terapeutico. Viene praticato da un medico laureato in medicina e chirurgia e abilitato presso un Istituto di Cura o un ambulatorio. Viene effettuato tramite una cruentazione dei tessuti o attraverso l'uso di tecnologie avanzate come: • energia meccanica; • energia termica; • energia luminosa (laser).
Intervento chirurgico Ambulatoriale:	Procedura di piccola chirurgia che si svolge senza il bisogno di un ricovero ospedaliero. Ha specifiche finalità terapeutiche e viene effettuato da un medico specializzato, laureato in medicina e chirurgia. Può avvenire in una delle seguenti strutture: • Istituto di Cura; • Centro medico; • Studio medico chirurgico.
Istituto di cura:	Struttura sanitaria regolarmente autorizzata, che può includere i seguenti tipi di istituzioni: • ospedale; • clinica; • casa di cura; • istituto universitario; • hospice. Queste strutture sono autorizzate a erogare assistenza ospedaliera, anche quella diurna e l'hospice ma solo in caso di cure terminali palliative. Sono esclusi: • stabilimenti termali; • case di convalescenza o di lungodegenza e di soggiorno; • cliniche con finalità dietologiche, estetiche e di benessere. Il termine "lungodegenza" si riferisce a ricoveri necessari per condizioni fisiche che non consentono miglioramenti delle condizioni di salute con trattamenti medici specifici finalizzati alla cura della patologia principale e che rendono necessaria la permanenza in istituto di cura per interventi di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento. In questi casi è necessaria la permanenza in un Istituto di Cura per interventi assistenziali o trattamenti fisioterapici di mantenimento.

Italia:	Il territorio della Repubblica Italiana comprensivo di Repubblica di San Marino e Città del Vaticano.
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 che non dipende 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 massima, per ogni anno assicurativo , dovuta da AXA in caso di sinistro, indipendentemente dalla denuncia di uno o più sinistri.
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:	Tu e AXA .
Polizza:	Documento che prova l' assicurazione .
Premio:	Somma che devi pagare ad AXA per questa assicurazione .
Questionario Sanitario:	Documento, compilato e firmato dall' assicurato o da chi ne esercita la responsabilità genitoriale o la tutela, la curatela o l' assistenza in qualità di Amministratore di Sostegno, che contiene le dichiarazioni e le informazioni necessarie per valutare il suo stato di salute. Tale documento è parte integrante della polizza .
Ricovero:	Degenza che comporta almeno un pernottamento in un istituto di cura. È documentato 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:	Evento in presenza del quale vale l' assicurazione .
SSN:	Servizio Sanitario Nazionale
Termini di aspettativa:	Periodo specifico che inizia immediatamente dopo la data di effetto di un' assicurazione . Durante questo periodo la copertura assicurativa non è attiva.
Trattamenti fisioterapici:	Prestazioni di medicina fisica e riabilitativa mirate a facilitare il recupero delle funzioni di uno o più organi o apparati colpiti da malattie o infortuni. Sono eseguiti da un medico o un professionista laureato in fisioterapia o con un titolo equivalente riconosciuto in Italia. Sono esclusi: • i trattamenti estetici; • gli interventi effettuati con strumenti tipicamente utilizzati nei trattamenti estetici.
Visita specialistica:	Visita effettuata da medico specializzato, nell'ambito della propria specializzazione, per diagnosi o prescrizioni di terapia. Sono ammesse solo le visite di medicina tradizionale. Sono escluse le visite effettuate da medici che praticano medicine alternative.

Sezione *Malattia*

Cosa assicuro - AMBITO RICOVERI E INTERVENTI

Art. 1 I Ricoveri e Interventi TOP (garanzia base)

La garanzia opera in caso di:

- **ricovero;**
- **day hospital o day surgery;**
- **intervento chirurgico ambulatoriale;**

resi necessari da una delle seguenti cause:

- **malattia;**
- **infortunio;**
- parto;
- **aborto terapeutico.**

AXA rimborsa all'**assicurato** le spese sostenute:

- prima, durante e dopo il **ricovero**, il **day surgery** o l'**intervento chirurgico ambulatoriale**,
- durante il **day hospital**.

Il **rimborso** avviene fino al **massimale** indicato nella **polizza**, per ogni **assicurato** e per ogni evento. Valgono comunque i limiti di **indennizzo** previsti al punto 1.5.

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

AXA rimborsa all'**assicurato** le spese sostenute:

a) nei 120 giorni prima della data di inizio del **ricovero**, della data del **day surgery** o dell'**intervento chirurgico ambulatoriale** per:

- visite specialistiche;
- esami e analisi di laboratorio;
- accertamenti diagnostici;
- onorari dei medici;
- **trattamenti fisioterapici o rieducativi.**

Le prestazioni devono essere collegate alla **malattia** o all'**infortunio** che hanno portato al successivo **ricovero** o **intervento chirurgico**.

b) per il trasporto al pronto soccorso o all'**istituto di cura** in caso di **ricovero** con un mezzo sanitario attrezzato. Il mezzo deve essere adatto alla gravità della situazione.

1.2 DURANTE il **ricovero**, **day surgery** o **intervento chirurgico ambulatoriale**:

AXA rimborsa all'**assicurato** le spese sostenute per:

c) le seguenti prestazioni:

- onorari del chirurgo;
- onorari del personale medico di supporto all'intervento e dell'anestesista;
- onorari di ogni altro soggetto che partecipa all'intervento;
- diritti di sala operatoria;
- materiale usato durante l'intervento (comprese endoprotesi e apparecchi terapeutici applicati durante l'intervento);

d) le seguenti prestazioni:

- assistenza medica e infermieristica;
- cure e **trattamenti fisioterapici e rieducativi;**
- medicinali;
- visite specialistiche;
- accertamenti diagnostici
- esami e analisi di laboratorio;

e) rette di degenza;

f) rette di vitto e pernottamento di un accompagnatore, se resta con l'**assicurato** nell'**istituto di cura**;

g) prestazioni descritte nei punti precedenti relative al **ricovero** del donatore di organi per:

Condizioni di Assicurazione

Norme che regolano l'assicurazione – sezione malattia

- prelievo, trasporto di organi o **parti** di organi, se l'**assicurato** è ricevente;
- espianto di organi o di **parti** di organi, se l'**assicurato** è donatore vivente;

h) trasporto da un **istituto di cura** all'altro con un mezzo sanitario attrezzato. Il mezzo deve essere adatto alla gravità della situazione.

Le prestazioni di cui al presente Art. 1.2 operano anche per:

i) interventi di chirurgia plastica ricostruttiva, compresi quelli per rendere simmetrica la mammella sana (simmetrizzazione della controlaterale). L'intervento deve essere eseguito durante la validità del contratto.

AXA rimborsa queste spese se l'intervento è conseguenza di:

- intervento demolitivo per **neoplasia** maligna coperto dalla **polizza**;
- **infortunio** documentato da referto del pronto soccorso, coperto dalla **polizza**.

j) cure dentarie e applicazione di protesi dentarie (compreso il loro costo) rese necessarie da una delle seguenti cause:

- **neoplasie**;
- **infortunio**, anche se documentato solo da referto di pronto soccorso.

Le prestazioni possono essere effettuate anche dopo la data della fine del **ricovero**, dell'**intervento chirurgico** senza **ricovero** o del referto di pronto soccorso in regime extraospedaliero.

Per il costo delle protesi dentarie in caso di **neoplasie** benigne o di **infortunio**, la garanzia copre fino a un massimo di 5.000 euro a persona e per **anno assicurativo**. Le spese devono essere sostenute durante l'efficacia del contratto e comunque entro 360 giorni dalla data di uno dei seguenti eventi:

- **infortunio**;
- fine del **ricovero** o dell'**intervento chirurgico** senza **ricovero**, in caso di **neoplasia** benigna.

k) **ricovero** in **hospice** ma solo per cure palliative terminali;

l) le seguenti prestazioni per i neonati nei primi 60 giorni di vita in regime di **ricovero**:

- interventi chirurgici;
- trattamenti terapeutici;
- visite mediche specialistiche;
- rette di degenza;
- medicinali;
- esami e analisi di laboratorio;
- accertamenti diagnostici.

La **copertura** riguarda malattie, anche congenite, malformazioni, **difetti fisici** o **infortunio**.

Sono coperti anche gli interventi chirurgici sul feto.

Le spese indicate in questo punto vengono rimborsate fino a 30.000 euro. Il **rimborso** è valido solo se il parto è indennizzabile secondo la **polizza**.

Indennità sostitutiva

Se l'**assicurato** non chiede il **rimborso** delle spese previste "**DURANTE il ricovero, day surgery o intervento chirurgico ambulatoriale**", per ogni giorno di **ricovero**, ha comunque diritto a ricevere 140 euro al giorno, per un massimo di 120 giorni per **anno assicurativo**. Il primo e l'ultimo giorno di **ricovero** contano come un solo giorno.

Un **intervento chirurgico** senza **ricovero** vale come un giorno di **ricovero**.

In caso di parto, l'indennità viene corrisposta solo per i giorni di **ricovero** della madre. Non è previsto alcun importo aggiuntivo per l'eventuale **ricovero** del neonato o dei neonati.

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

AXA rimborsa all'**assicurato** le spese sostenute per:

m) trasporto al proprio domicilio con un mezzo sanitario attrezzato e idoneo allo specifico caso, al momento delle dimissioni;

n) le seguenti prestazioni:

- visite specialistiche;
- accertamenti diagnostici;
- onorari dei medici;
- esami e analisi di laboratorio;
- prestazioni mediche;
- prestazioni chirurgiche;
- prestazioni infermieristiche;
- **trattamenti fisioterapici** o rieducativi;
- cure termali (escluse le spese alberghiere);

Condizioni di Assicurazione

Norme che regolano l'assicurazione – sezione malattia

effettuate entro 150 giorni dalla fine del **ricovero**, della data del **day surgery** o dell'**intervento chirurgico ambulatoriale**, se collegati alla **malattia** o all'**infortunio** che hanno determinato il **ricovero** o l'**intervento chirurgico**.

o) acquisto o noleggio, fino ad un massimo di 1.500 euro 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, materasso antidecubito;
- di protesi (incluse quelle acustiche, escluse lenti a contatto e occhiali);
- parrucche dopo terapie chemioterapiche;
- di apparecchi fisioterapici prescritti da un medico specialista.

1.4 Durante il **day hospital** o Pronto Soccorso

AXA rimborsa all'**assicurato**, in caso di **infortunio** o **malattia** che richiedono trattamenti terapeutici in **day hospital**, le spese sostenute durante la sola degenza per:

- p)** accertamenti diagnostici;
- q)** assistenza medica e infermieristica;
- r)** **trattamenti fisioterapici**, rieducativi e farmacologici;
- s)** trattamenti radioterapici, anche in regime ambulatoriale;
- t)** rette di degenza.

Le stesse prestazioni sono coperte anche se la permanenza in Pronto Soccorso supera le 8 ore.

Indennità sostitutiva

Se l'**assicurato** non chiede il **rimborso** delle spese sopra elencate, **AXA** gli riconosce un'indennità sostitutiva di 70 euro al giorno per ogni giorno di:

- **day hospital**;
- permanenza in Pronto Soccorso superiore a 8 ore.

L'indennità viene corrisposta fino a un massimo di 120 giorni per **anno assicurativo**.

1.5 Limiti di **indennizzo**

Per le prestazioni indicate nei precedenti articoli (1.1, 1.2, 1.3, 1.4), valgono i seguenti limiti di **indennizzo** per persona e per evento:

PARTO e ABORTO TERAPEUTICO

- 3.500 euro per parto fisiologico. In caso di parto fisiologico domiciliare la data del parto sarà equiparata ad un unico giorno di **ricovero**;
- 7.000 euro 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 euro per ernie (salvo quelle discali), appendiciti, varici ed emorroidi;
- 12.500 euro per ernie discali.

Riguardo a ernie, appendiciti, varici ed emorroidi i limiti d'**indennizzo** previsti rappresentano la massima esposizione da parte di **AXA** solo per le spese sostenute dall'**assicurato** presso strutture o medici non convenzionati con **AXA** (o entrambi). 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**.

Grazie alla garanzia Assistenza 360, nei giorni successivi all'**intervento chirurgico** o alle dimissioni, puoi chiedere alla **Centrale operativa IPAS** l'attivazione di servizi di assistenza a domicilio, tra cui:

- **assistenza infermieristica** e fisioterapica;
- accompagnamento a visite mediche o cicli di terapia;
- supporto per le attività quotidiane.

Art. 2 I Ricoveri e Interventi PREMIUM (garanzia base)

La garanzia opera in caso di:

- **ricovero;**
- **day hospital o day surgery;**
- **intervento chirurgico ambulatoriale;**

resi necessari da una delle seguenti cause:

- **malattia;**
- **infortunio;**
- **aborto terapeutico.**

AXA rimborsa all'**assicurato** le spese sostenute:

- prima, durante e dopo il **ricovero**, il **day surgery** o l'**intervento chirurgico ambulatoriale**;
- durante il **day hospital**.

Il **rimborso** avviene fino al **massimale** indicato nella **polizza**, per ogni **assicurato** e per ogni **evento**. Valgono comunque i limiti di **indennizzo** previsti al punto 2.5.

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

AXA rimborsa all'**assicurato** le spese sostenute:

a) nei 120 giorni prima della data di inizio del **ricovero**, della data del **day surgery** o dell'**intervento chirurgico ambulatoriale** per:

- visite specialistiche;
- esami e analisi di laboratorio;
- accertamenti diagnostici;
- onorari dei medici;
- **trattamenti fisioterapici** o rieducativi.

Le prestazioni devono essere collegate alla **malattia** o all'**infortunio** che hanno portato al successivo **ricovero** o **intervento chirurgico**.

b) per il trasporto al pronto soccorso o all'**istituto di cura** in caso di **ricovero** con un mezzo sanitario attrezzato. Il mezzo deve essere adatto alla gravità della situazione.

2.2 DURANTE il **ricovero**, **day surgery** o **intervento chirurgico ambulatoriale**:

AXA rimborsa all'**assicurato** le spese sostenute per:

c) le seguenti prestazioni:

- onorari del chirurgo;
- onorari del personale medico di supporto all'intervento e dell'anestesista;
- onorari di ogni altro soggetto che partecipa all'intervento;
- diritti di sala operatoria;
- materiale usato durante l'intervento (comprese endoprotesi e apparecchi terapeutici applicati durante l'intervento).

d) le seguenti prestazioni:

- assistenza medica e infermieristica;
- cure e **trattamenti fisioterapici e rieducativi**;
- medicinali;
- visite specialistiche;
- accertamenti diagnostici;
- esami e analisi di laboratorio.

e) rette di degenza;

f) rette di vitto e pernottamento di un accompagnatore, se resta con l'**assicurato** nell'**istituto di cura**;

g) prestazioni descritte nei punti precedenti relative al **ricovero** del donatore di organi per:

- prelievo, trasporto di organi o **parti** di organi, se l'**assicurato** è ricevente;
- espianto di organi o di **parti** di organi, se l'**assicurato** è donatore vivente.

h) trasporto da un **istituto di cura** all'altro con un mezzo sanitario attrezzato. Il mezzo deve essere adatto alla gravità della situazione.

Le prestazioni di cui al presente articolo Art 2.2 operano anche per:

i) interventi di chirurgia plastica ricostruttiva, compresi quelli per rendere simmetrica la mammella sana (simmetrizzazione della controlaterale) L'intervento deve essere eseguito durante la validità del contratto.

Condizioni di Assicurazione

Norme che regolano l'assicurazione – sezione malattia

AXA rimborsa queste spese se l'intervento è conseguenza di:

- intervento demolitivo per **neoplasia** maligna coperto dalla **polizza**;
- di un **infortunio** documentato da referto del pronto soccorso, coperto dalla **polizza**.

j) cure dentarie e applicazione di protesi dentarie (compreso il loro costo) rese necessarie da una delle seguenti cause:

- **neoplasie**;
- **infortunio**, anche se documentato solo da referto di pronto soccorso.

Le prestazioni possono essere effettuate anche dopo la data della fine del **ricovero**, dell'**intervento chirurgico** senza **ricovero** o del referto di pronto soccorso in regime extraospedaliero.

Per il costo delle protesi dentarie in caso di **neoplasie benigne** o di **infortunio**, la garanzia copre fino a un massimo di 5.000 euro a persona e per **anno assicurativo**. Le spese devono essere sostenute durante l'efficacia del contratto e comunque entro 360 giorni dalla data di uno dei seguenti eventi:

- **infortunio**;
- fine del **ricovero** o dell'**intervento chirurgico** senza **ricovero**, in caso di **neoplasia benigna**.

k) Ricovero in **hospice** ma solo per cure palliative terminali.

Indennità sostitutiva

Se l'**assicurato** non chiede il **rimborso** delle spese previste "Durante il **ricovero**, **day surgery** o **intervento chirurgico ambulatoriale**", per ogni giorno di **ricovero**, ha comunque diritto a ricevere 140 euro al giorno, per un massimo di 120 giorni per **anno assicurativo**. Il primo e l'ultimo giorno di **ricovero** contano come un solo giorno. Un **intervento chirurgico** senza **ricovero** vale come un giorno di **ricovero**.

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

AXA rimborsa all'**assicurato** le spese sostenute per:

l) trasporto al proprio domicilio con un mezzo sanitario attrezzato e idoneo allo specifico caso, al momento delle dimissioni;

m) le seguenti prestazioni:

- visite specialistiche;
- accertamenti diagnostici;
- onorari dei medici;
- esami e analisi di laboratorio;
- prestazioni mediche;
- prestazioni chirurgiche;
- prestazioni infermieristiche;
- **trattamenti fisioterapici o rieducativi**;
- cure termali (escluse le spese alberghiere);

effettuate entro 120 giorni dalla fine del **ricovero**, dalla data del **day surgery** o dell'**intervento chirurgico ambulatoriale**, se collegati alla **malattia** o all'**infortunio** che hanno determinato il **ricovero** o l'**intervento chirurgico**.

n) acquisto o noleggio, fino ad un massimo di 1.500,00 euro 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, se prescritte da medico specialista.

2.4 Durante il **day hospital** o Pronto Soccorso

AXA rimborsa all'**assicurato**, in caso di **infortunio** o **malattia** che richiedono trattamenti terapeutici in **day hospital**, le spese sostenute durante la sola **degenza** per:

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

Le stesse prestazioni sono coperte anche se la permanenza in Pronto Soccorso supera le 8 ore.

Indennità sostitutiva

Se l'**assicurato** non richiede il **rimborso** delle spese sopra elencate, **AXA** gli riconosce un'indennità sostitutiva di 70 euro al giorno per ogni giorno di:

- **day hospital**;
- permanenza in Pronto Soccorso superiore a 8 ore.

L'indennità viene corrisposta fino a un massimo di 120 giorni per **anno assicurativo**.

2.5 Limiti di **indennizzo**

Per le prestazioni indicate in questo articolo, in caso di **aborto terapeutico**, **AXA** rimborsa solo 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 o medici convenzionati (o entrambi), all'indennità sostitutiva e ai ticket relativi al Servizio Sanitario Nazionale.

Grazie alla garanzia Assistenza 360, nei giorni successivi all'**intervento chirurgico** o alle dimissioni, puoi chiedere alla **Centrale Operativa IPAS** l'attivazione di servizi di assistenza a domicilio, tra cui:

- **assistenza infermieristica** e fisioterapica;
- **accompagnamento a visite mediche** o cicli di terapia;
- **supporto per le attività quotidiane**.

Condizioni di Assicurazione

Norme che regolano l'assicurazione – sezione malattia

Art. 3 I Ricoveri e Interventi COMFORT (garanzia base)

La garanzia opera in caso di:

- **ricovero;**
- **day hospital o day surgery;**
- **intervento chirurgico ambulatoriale;**

a carico del Servizio Sanitario Nazionale resi necessari da una delle seguenti cause:

- **malattia;**
- **infortunio;**
- **aborto terapeutico.**

AXA rimborsa all'**assicurato** le spese sostenute prima, durante e dopo il **ricovero**, il **day surgery/day hospital** o l'**intervento chirurgico ambulatoriale**.

Il **rimborso** avviene fino al **massimale** indicato nella **polizza**, per ogni **assicurato** e per ogni **evento**. Valgono comunque i limiti di **indennizzo** previsti al punto 3.4.

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

AXA rimborsa all'**assicurato** le spese sostenute:

a) nei 90 giorni prima della data di inizio del **ricovero**, della data del **day hospital**, del **day surgery** o dell'**intervento chirurgico ambulatoriale** per:

- visite specialistiche;
- esami e analisi di laboratorio;
- accertamenti diagnostici;
- onorari dei medici;
- **trattamenti fisioterapici o rieducativi.**

Le prestazioni devono essere collegate alla **malattia** o all'**infortunio** che hanno portato al successivo **ricovero** o all'**intervento chirurgico** o **day hospital**.

b) per il trasporto al pronto soccorso o all'**istituto di cura** in caso di **ricovero** con un mezzo sanitario attrezzato. Il mezzo deve essere adatto alla gravità della situazione.

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

AXA rimborsa all'**assicurato** le spese sostenute per:

c) assistenza medica e infermieristica nell'**istituto di cura**;

d) retta per la degenza in camera a pagamento (camera solventi);

e) rette di vitto e pernottamento di un accompagnatore, se resta con l'**assicurato** nell'**istituto di cura**;

f) trasporto da un **istituto di cura** all'altro con un mezzo sanitario attrezzato. Il mezzo deve essere adatto alla gravità del caso.

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

AXA rimborsa all'**assicurato** le spese sostenute per:

g) trasporto al proprio domicilio con un mezzo sanitario attrezzato e idoneo allo specifico caso, al momento delle dimissioni;

h) le seguenti prestazioni:

- visite specialistiche;
- accertamenti diagnostici
- onorari dei medici
- esami e analisi di laboratorio;
- prestazioni mediche;
- prestazioni chirurgiche;
- prestazioni infermieristiche;
- **trattamenti fisioterapici o rieducativi;**
- cure termali (escluse le spese alberghiere);

effettuate entro 120 giorni dalla fine del **ricovero**, della data del **day hospital**, del **day surgery** o dell'**intervento chirurgico ambulatoriale**, se collegati alla **malattia** o all'**infortunio** che

hanno determinato il **ricovero**, il **day hospital** o l'**intervento chirurgico**.

i) acquisto o noleggio, fino ad un massimo di 1.500 euro per persona e per **anno assicurativo**, effettuati nei 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 in Pronto Soccorso per più di 8 ore è considerata come un **day hospital**.

3.4 Limiti di **indennizzo**

Per le prestazioni indicate in questo articolo, in caso di **aborto terapeutico**, AXA rimborsa solo le prestazioni previste ai punti b), c), d), e), f) e g) di questo articolo.

Grazie Assistenza base, puoi richiedere l'invio a domicilio dei farmaci di cui hai bisogno a seguito dell'intervento o ricovero sostenuto. Inoltre, grazie alla garanzia Assistenza base, nei giorni successivi all'intervento chirurgico o alle dimissioni, puoi chiedere alla Centrale Operativa IPAS l'attivazione di servizi di assistenza a domicilio, tra cui:

- **assistenza infermieristica** e fisioterapica;
- **accompagnamento a visite mediche o cicli di terapia**;
- **supporto per le attività quotidiane**.

Art. 4 I Ricoveri e Interventi Patologie Gravi (garanzia base)

La garanzia opera in caso di:

- **ricovero**;
- **day hospital** o **day surgery**;
- **intervento chirurgico ambulatoriale**;

resi necessari da una **malattia** o da un infortunio definiti nell'Allegato 1 - Patologie Gravi".

AXA rimborsa all'**assicurato** le spese sostenute:

- prima, durante e dopo il **ricovero**, il **day surgery** o l'**intervento chirurgico ambulatoriale**;
- durante il **day hospital**.

Il **rimborso** avviene fino al **massimale** indicato nella **polizza**, per ogni **assicurato** e per ogni evento.

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

AXA rimborsa all'**assicurato** le spese sostenute:

a) nei 120 giorni prima della data di inizio del **ricovero**, della data del **day surgery** o dell'**intervento chirurgico ambulatoriale** per:

- visite specialistiche;
- esami e analisi di laboratorio;
- accertamenti diagnostici;
- onorari dei medici;
- **trattamenti fisioterapici o rieducativi**.

b) Le prestazioni devono essere collegate alla **malattia** o all'**infortunio** che hanno portato al successivo **ricovero** o all'**intervento chirurgico**, trasporto al pronto soccorso o all'**istituto di cura** in caso di **ricovero** con un mezzo sanitario attrezzato. Il mezzo deve essere adatto alla gravità della situazione.

4.2 DURANTE il **ricovero**, **day surgery** o **intervento chirurgico ambulatoriale**:

AXA rimborsa all'**assicurato** le spese sostenute per:

c) le seguenti prestazioni:

- onorari del chirurgo;
- onorari del personale medico di supporto all'intervento e dell'anestesista;
- onorari di ogni altro soggetto che partecipa all'intervento;
- diritti di sala operatoria;

Condizioni di Assicurazione

Norme che regolano l'assicurazione – sezione malattia

- materiale usato durante l'intervento (comprese endoprotesi e apparecchi terapeutici applicati durante l'intervento).

d) le seguenti prestazioni:

- assistenza medica e infermieristica;
- cure e **trattamenti fisioterapici e rieducativi**;
- medicinali;
- visite specialistiche;
- accertamenti diagnostici;
- esami ed analisi di laboratorio;

e) rette di degenza;

f) rette di vitto e pernottamento di un accompagnatore, se resta con l'**assicurato** nell'**istituto di cura**;

g) prestazioni descritte nei punti precedenti relative al **ricovero** del donatore di organi per:

- prelievo, trasporto di organi o parti di organi, se l'**assicurato** è ricevente;
- espianto di organi o di parti di organi, se l'**assicurato** è donatore vivente;

h) trasporto da un **istituto di cura** all'altro con un mezzo sanitario attrezzato. Il mezzo deve essere adatto alla gravità della situazione.

Le prestazioni di cui al presente articolo Art. 4.2 operano anche per:

i) interventi di chirurgia plastica ricostruttiva, compresi quelli per rendere simmetrica la mammella sana (simmetrizzazione della controlaterale). L'intervento deve essere eseguito durante la validità del contratto.

AXA rimborsa queste spese se l'intervento è conseguenza di:

- intervento demolitivo per cancro coperto dalla **polizza**;
- grave politraumatismo da **infortuni** come definito nell'Allegato 1 - "Patologie Gravi" coperto dalla **polizza**.

Che cos'è un politraumatismo da infortunio?

È la condizione di un paziente che ha più lesioni traumatiche e almeno una di queste compromette le funzioni vitali o comporta un **rischio** immediato o potenziale per la vita. Il politraumatismo si può verificare, per esempio, a causa di un incidente stradale.

j) cure dentarie e applicazione di protesi dentarie (compreso il loro costo) rese necessarie da una delle seguenti cause:

- cancro;
- grave politraumatismo da **infortunio** come definito nell'Allegato 1 - "Patologie Gravi"

Le spese devono essere sostenute mentre il contratto è valido.

Le prestazioni possono essere effettuate anche dopo la fine del **ricovero** o dell'**intervento chirurgico** senza **ricovero** in regime extraospedaliero.

k) **ricovero** in **hospice** ma solo per cure palliative terminali.

Indennità sostitutiva

Se l'**assicurato** non chiede il **rimborso** delle spese previste "DURANTE il **ricovero**, **day surgery** o **intervento chirurgico ambulatoriale**", per ogni giorno di **ricovero**, ha comunque diritto a ricevere 140 euro al giorno, per un massimo di 120 giorni per **anno assicurativo**. Il primo e l'ultimo giorno di **ricovero** contano come un solo giorno.

Un **intervento chirurgico** senza **ricovero** vale come un giorno di **ricovero**.

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

AXA rimborsa all'**assicurato** le spese sostenute per:

l) trasporto al proprio domicilio con un mezzo sanitario attrezzato e idoneo allo specifico caso, al momento delle dimissioni;

m) le seguenti prestazioni:

- visite specialistiche;
- accertamenti diagnostici;
- onorari dei medici;
- esami e analisi di laboratorio;
- prestazioni mediche;
- prestazioni chirurgiche;

- **trattamenti fisioterapici** o rieducativi;
- cure termali (escluse le spese alberghiere);

effettuate entro 150 giorni dalla fine del **ricovero**, dalla data del **day surgery** o dell'**intervento chirurgico ambulatoriale**, se collegati alla **malattia** o all'**infortunio** che hanno determinato il **ricovero** o l'**intervento chirurgico**.

n) acquisto o noleggio, fino ad un massimo di 1.500,00 euro 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

AXA rimborsa all'**assicurato**, in caso di **malattia** o **infortunio** indicati nell'Allegato 1 – Patologie Gravi, che richiedono trattamenti terapeutici in **day hospital**, le spese sostenute durante la sola degenza per:

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

Le stesse prestazioni sono coperte anche se la permanenza al Pronto Soccorso supera le 8 ore.

Indennità sostitutiva

Se l'**assicurato** non chiede il **rimborso** delle spese sopra elencate, **AXA** gli riconosce un'indennità sostitutiva di 70 euro al giorno per ogni giorno di:

- **day hospital**;
- permanenza in Pronto Soccorso superiore a 8 ore.

L'indennità viene corrisposta fino a un massimo di 120 giorni per **anno assicurativo**.

Con la Garanzia Assistenza 360, puoi chiedere alla **Centrale Operativa IPAS** attivazione di servizi a domicilio, tra cui:

- assistenza infermieristica o fisioterapica;
- accompagnamento a visite mediche o cicli di terapia;
- supporto per attività quotidiane (come fare la spesa o svolgere commissioni).

Puoi anche:

- richiedere un secondo parere medico;
- ricevere indicazioni diagnostiche o terapeutiche aggiuntive.

Per scoprire tutti i servizi disponibili, consulta l'Articolo 25 – Assistenza a domicilio delle Condizioni di Assicurazione.

Cosa assicuro - AMBITO VISITE E ACCERTAMENTI

Art. 5 I Visite, Accertamenti e Fisioterapia (garanzia accessoria)

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

- a) visite mediche, a causa di **malattia** o **infortunio**;
- b) accertamenti diagnostici, esami e analisi di laboratorio a causa di **malattia** o **infortunio**;
- c) follow-up per 5 anni dopo la fine del **ricovero** del primo intervento (o dell'intervento di recidiva), se riguardano:
 - neoplasie maligne;
 - infarto miocardico acuto;
 - ictus cerebro vascolare.

Le prestazioni devono avvenire durante la validità del contratto.

d) **trattamenti fisioterapici** e rieducativi, effettuati entro 360 giorni:

- dalla data dell'**infortunio**;
- dalla fine del **ricovero** o dalla data dell'**intervento chirurgico senza ricovero in caso di malattia**.

In caso di **infortunio**, occorre fornire un referto o certificato medico, che prova le lesioni subite in conseguenza dell'evento traumatico, rilasciato da uno dei seguenti specialisti:

- ortopedico;
- fisiatra;
- medico specialista in medicina sportiva.

e) terapie neoplastiche: terapie ambulatoriali per trattare neoplasie;

f) visite di consulenza psicologica, se prescritte da un medico specialista dopo una **neoplasia** maligna. Sono coperte se effettuate entro 360 giorni dalla fine del **ricovero** o dalla data dell'**intervento chirurgico senza ricovero**. Questa **copertura** si applica in parziale deroga all'Art. 17 - "Esclusioni";

Come funziona il rimborso delle spese

Il **rimborso** prevede uno **scoperto** del 20% e si applicano i seguenti importi minimi:

- 40 euro, se l'**assicurato** si rivolge a una struttura o a un medico convenzionato **AXA**, con autorizzazione preventiva della **Centrale Operativa AXA**;
- 60 euro, se l'**assicurato** si rivolge a una struttura o medico non convenzionato con **AXA**

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

- ogni visita medica (punto a);
- ogni serie di:
 - accertamenti diagnostici, esami e analisi (punto b);
 - follow-up (punto c);
 - **trattamenti fisioterapici** e rieducativi (punto d);
 - terapie neoplastiche (punto e);
 - visite psicologiche (punto f).

richieste con una sola prescrizione medica e riferite alla stessa patologia o sospetto diagnostico.

Si applica lo **scoperto** del 25% (con i relativi minimi) se la prescrizione medica include almeno una visita medica e almeno un **accertamento diagnostico** per la stessa patologia o sospetto diagnostico.

Se l'**assicurato** ricorre al Servizio Sanitario Nazionale, si applica il **rimborso** integrale per le spese sostenute per ticket relativi a tutte le prestazioni previste dal presente articolo.

Con la Garanzia Assistenza 360 puoi:

- svolgere consulto da remoto con medici specialisti, al telefono o in videochiamata;
- chiedere l'attivazione di servizi a domicilio, come:
 - assistenza fisioterapica;
 - accompagnamento per visite o cicli di terapia;
- richiedere un trattamento professionale di estetica oncologica, se stai affrontando una **neoplasia** e una terapia oncologica.

Per conoscere tutti i servizi disponibili, consulta l'Articolo 25 - Assistenza a domicilio delle Condizioni di Assicurazione.

Art. 6 I Alta Diagnostica e Fisioterapia (garanzia base)

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

a) i seguenti accertamenti diagnostici, a causa di **malattia** o **infortunio**.

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

Condizioni di Assicurazione

Norme che regolano l'assicurazione – sezione malattia

b) follow-up per 5 anni dopo la fine del **ricovero** del primo intervento (o dell'intervento di recidiva), se riguardano:

- neoplasie maligne;
- infarto miocardico acuto;
- ictus cerebro vascolare.

Le prestazioni devono avvenire durante la validità del contratto.

c) **trattamenti fisioterapici** e rieducativi, effettuati entro 360 giorni:

- dalla data dell'**infortunio**;
- dalla fine del **ricovero** o dalla data dell'**intervento chirurgico** senza **ricovero** in caso di **malattia**.

In caso di **infortunio**, occorre fornire un referto o certificato medico, che provi le lesioni subite in conseguenza dell'evento traumatico rilasciato da uno dei seguenti specialisti:

- ortopedico;
- fisiatra;
- medico specialista in medicina sportiva.

d) terapie neoplastiche: terapie ambulatoriali per trattare neoplasie;

e) visite di consulenza psicologica, se prescritte da un medico specialista dopo una **neoplasia** maligna. Sono coperte se effettuate entro 360 giorni dalla fine del **ricovero** o dalla data dell'**intervento chirurgico** senza **ricovero**. Questa **copertura** si applica in parziale deroga all'Art. 17 – "Esclusioni".

Come funziona il rimborso delle spese

Il **rimborso** prevede uno **scoperto** del 20% e si applicano i seguenti importi minimi:

- 40 euro, se l'**assicurato** si rivolge a una struttura o a un medico convenzionato **AXA**, con autorizzazione preventiva della **Centrale Operativa AXA**;
- 60 euro, se l'**assicurato** si rivolge a una struttura o medico non convenzionato con **AXA**.

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

- ogni serie di:
 - accertamenti diagnostici, esami e analisi (punto a);
 - follow-up (punto b);
 - **trattamenti fisioterapici** e rieducativi (punto c);
 - terapie neoplastiche (punto d);
 - visite psicologiche (punto e).

richieste con una sola prescrizione medica e riferite alla stessa patologia o sospetto diagnostico.

Se l'**assicurato** ricorre al Servizio Sanitario Nazionale, si applica il **rimborso** integrale per le spese sostenute per ticket relativi a tutte le prestazioni previste dal presente articolo.

Con l'Assistenza Base puoi:

- parlare con medici specialisti;
- fare consulto telefonici o in videochiamata.

Se la tua **polizza** include la Garanzia Assistenza 360, puoi chiedere alla **Centrale Operativa IPAS**:

- assistenza fisioterapica a domicilio;
- ecografia o radiografia a domicilio.

Se stai affrontando una **neoplasia** con terapia oncologica, puoi attivare un trattamento professionale di estetica oncologica.

Per conoscere tutti i servizi disponibili, consulta gli Articoli 24 e 25 delle Condizioni di Assicurazione.

Art. 7 I Visite e Accertamenti Urgenti e Brevi (garanzia base)

AXA rimborsa all'**assicurato**, entro il **massimale** previsto in **polizza**, per persona e per **anno assicurativo**:

a) visite mediche, a causa di **malattia** o **infortunio**;

b) accertamenti diagnostici, esami e analisi di laboratorio, a causa di **malattia** o **infortunio**.

Le prestazioni, di cui ai punti a) e b) del presente articolo, devono essere prescritte da un medico curante o specialista, con prescrizione in regime del Servizio Sanitario Nazionale (**SSN**). La prescrizione deve riportare l'indicazione di prestazione Urgente o Breve, secondo le disposizioni del **SSN**.

Come funziona il **rimborso** delle spese

Si applica una **franchigia** di 50 euro per:

- ogni visita medica (punto a);
- ogni accertamento, esame o analisi di laboratorio (punto b).

Se l'**assicurato** ricorre al Servizio Sanitario Nazionale, si applica il **rimborso** integrale per le spese sostenute per ticket relativi a tutte le prestazioni previste dal presente articolo.

Se la tua **polizza** include la Garanzia Assistenza 360, puoi chiedere alla **Centrale Operativa IPAS** l'attivazione di servizi a domicilio, tra cui:

- accompagnamento per visite mediche;
- prelievo di campioni, ecografia o radiografia a casa;
- supporto per le attività quotidiane, come fare la spesa o svolgere commissioni.

Consulta l'Articolo 25 delle Condizioni di Assicurazione per scoprire tutti i servizi disponibili.

Art. 8 I Infortuni e gesso (garanzia accessoria)

La garanzia prevede, in caso di infortunio:

- un **massimale** per il **rimborso** delle spese mediche;
- una diaria giornaliera in caso di **gessatura**.

8.1 Rimborso spese

La garanzia è attiva se l'**infortunio** non comporta **ricovero**, ma è documentato da un referto di Pronto Soccorso.

AXA rimborsa all'**assicurato** le spese sostenute nei 90 giorni successivi alla data dell'**infortunio**, entro il **massimale** previsto in **polizza**, per persona e per **anno assicurativo per**:

- a) trasporto con mezzo sanitario attrezzato, dal domicilio all'**istituto di cura** e ritorno;
- b) accertamenti diagnostici;
- c) onorari per prestazioni mediche e **infermieristiche**;
- d) **trattamenti fisioterapici** e rieducativi;
- e) cure termali (escluse le spese alberghiere).

8.2 Diaria da gessatura o traumi

AXA paga all'**assicurato** la diaria indicata in **polizza** nei seguenti casi:

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

Con la Garanzia Assistenza 360, puoi chiedere alla **Centrale Operativa IPAS**:

- il **reperimento di presidi medico-chirurgici**;
- l'**attivazione di servizi a domicilio**, tra cui:
 - assistenza fisioterapica;
 - accompagnamento per visite mediche o terapie;
 - supporto per le attività quotidiane, come svolgere commissioni o ricevere la spesa a casa.

Consulta l'Articolo 25 delle Condizioni di Assicurazione per scoprire tutti i servizi disponibili.

Cosa assicuro - AMBITO DIARIE

Art. 9 I Diaria da Ricovero (garanzia accessoria)

AXA paga la diaria indicata in **polizza** in caso di **ricovero** in **istituto di cura**, **day hospital** o **day surgery** o **intervento chirurgico ambulatoriale** dell'**assicurato**, causati da **malattia**, **infortunio**, parto o **aborto terapeutico** coperti dalla **polizza**.

AXA paga tale diaria secondo le seguenti modalità nei casi di:

- **ricovero**: a partire dal giorno successivo al **ricovero**, per ogni giorno di degenza documentato da **cartella clinica** con il massimo di 365 giorni per **sinistro**.

In caso di **ricovero** all'estero, la diaria aumenta del 50%; l'aumento non vale in caso di **ricovero** nel territorio della Città del Vaticano e della Repubblica di San Marino.

- **day hospital** causato da **infortunio** o **malattia**: 50% per ogni giorno documentato da **cartella clinica**;
- **day surgery** causato da **infortunio** o **malattia**: 100% per ogni giorno documentato da **cartella clinica**;
- **intervento chirurgico ambulatoriale** causato da **infortunio** o **malattia**: 100% per ogni giorno documentato da relazione medica.

Art. 10 I Diaria da Convalescenza (garanzia accessoria)

AXA paga la diaria indicata in **polizza** in caso di **convalescenza** domiciliare dell'**assicurato** successiva ad un **ricovero** o ad un **day surgery** causato da **infortunio**, **malattia**, parto o **aborto terapeutico** coperti dalla **polizza**.

AXA paga tale diaria per ogni giorno di **convalescenza** domiciliare dell'**assicurato** prescritto e documentato dal medico curante, per un numero massimo di giorni pari a:

- i giorni del **ricovero**, col massimo di 30 giorni, in caso di **ricovero** senza **intervento chirurgico**;
- volte i giorni del **ricovero**, col massimo di 40 giorni, in caso di **ricovero** con **intervento chirurgico** terapeutico o **day surgery**;
- in caso di parto fisiologico o **aborto terapeutico**;
- in caso di parto cesareo.

Il periodo di **convalescenza** inizia il giorno dopo la fine del **ricovero** in **istituto di cura** o del **day surgery**.

Questa **garanzia** non vale se il **ricovero** avviene in **day hospital** o in caso di **intervento chirurgico ambulatoriale**.

Cosa assicuro - AMBITO PREVENZIONE

Art. 11 I Check up e Test DNA nutrizionale (garanzia compresa con garanzie Ricoveri e Interventi TOP, PREMIUM e Patologie Gravi)

Se la **polizza** include questa garanzia, l'**assicurato** può scegliere una delle seguenti prestazioni:

- check-up di prevenzione;
- test del DNA nutrizionale.

Si precisa che per ogni **assicurato**:

- le due prestazioni sono tra loro alternative: l'**assicurato** può scegliere liberamente una o l'altra;
- tra una prestazione e l'altra devono passare due anni anche in caso di sostituzione di contratto;
- il test del DNA nutrizionale può essere richiesto una sola volta per tutta la durata del rapporto con **AXA**, anche in caso di sostituzione di contratto.

11.1 Check up

Il check-up aiuta l'**assicurato** a diagnosticare in anticipo eventuali fattori di **rischio** legati all'insorgenza di una **malattia**.

Tra le patologie che possono essere accertate con gli esami previsti dalla **polizza**, ci sono quelle più frequenti, tra cui:

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

Check-up in strutture sanitarie

Le prestazioni incluse nel check-up variano in base all'età e al genere dell'**assicurato**.

Prestazioni sanitarie incluse nel check-up

	Donna	Uomo
fino a 40 anni	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 Pap test Visita ginecologica Mammografia o Ecografia Mammaria	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 E.C.G. (Elettrocardiogramma) Visita cardiologica
oltre i	In aggiunta a quanto sopra: E.C.G. (Elettrocardiogramma) Visita cardiologica	In aggiunta a quanto sopra: Esame di laboratorio: PSA Ecografia addominale inferiore

Dove e come effettuare il check-up

L'**assicurato** può effettuare il check-up in una struttura convenzionata solo dopo l'autorizzazione della **Centrale Operativa AXA che invia la conferma della presa in carico in forma diretta**.

L'elenco aggiornato delle strutture convenzionate è disponibile:

- sul sito lamiasalute.axa.it;
- nell'Area Salute accessibile:
 - nell'app My AXA;
 - nell'Area Clienti su axa.it.

Per qualsiasi dubbio l'**assicurato** può contattare la **Centrale Operativa AXA**.

Come prenotare il check up

L'**assicurato** può chiedere ad **AXA** di prenotare il check-up:

- tramite la compilazione dell'apposito modulo online, disponibile su:
 - app My AXA;
 - Area Clienti su axa.it;
 - lamiasalute.axa.it;
- tramite chiamata alla **Centrale Operativa AXA**.

In alternativa, l'**assicurato** può prenotare in autonomia presso una struttura convenzionata e informare **AXA** per ricevere preventivamente autorizzazione della **Centrale operativa AXA** tramite invio della conferma della presa in carico in forma diretta.

Deve comunicarlo tramite:

- Area Salute (app My **AXA** o Area Clienti su axa.it);
- oppure il contatto telefonico con la **Centrale Operativa AXA**.

Come contattare la **Centrale Operativa AXA**

L'**assicurato** può contattare la **Centrale Operativa AXA** attraverso i seguenti canali:

- Area Salute disponibile su:
 - l'app My AXA;
 - l'Area Clienti su [axa.it](https://www.axa.it);
 - il sito lamiasalute.axa.it;
- Telefono:
 - Numero Verde 800.085.559 (da rete fissa o mobile in Italia);
 - Numero +39.06.45.202.137 (per chiamate dall'**estero**).

Orari del servizio telefonico:

- lunedì - venerdì: dalle 9.00 alle 19.00;
- sabato: dalle 9.00 alle 13.00.

Il primo check-up è a carico di **AXA**. Per i check-up successivi, è richiesto un contributo di 100 euro.

AXA non viene a conoscenza degli esiti del check-up. La documentazione sanitaria può essere richiesta solo in caso di denuncia di **sinistro**, come previsto dall'Art. 20 - "Cosa fare in caso di sinistro".

11.2 Test DNA nutrizionale

Il test del DNA nutrizionale consente di:

- creare un piano alimentare personalizzato per prevenire danni cardiovascolari, raggiungere il peso forma e controllare i principali fattori di **rischio** per la prevenzione di diverse patologie;
- individuare la predisposizione genetica a intolleranze e sensibilità alimentari;
- analizzare varianti genetiche che influenzano il **rischio** di **infortunio** e aumentare la performance sportiva.

La prestazione include tutti i pacchetti elencati nella tabella seguente.

TEST DNA NUTRIZIONALE	
AXA può modificare le prestazioni del test del DNA nutrizionale, se vengono aggiornati i protocolli d'indagine.	
PACCHETTI	VALORE DELLE ANALISI
Salute & Benessere completo	Il test del DNA fornisce indicazioni utili per: ! costruire un piano alimentare su misura; ! prevenire rischi cardiovascolari; ! raggiungere il peso forma; ! ridurre i principali fattori di rischio che predispongono a diverse patologie (a titolo esemplificativo: salute delle ossa, invecchiamento cellulare (anti-aging), risposta infiammatoria, ecc) ;
Intolleranza completo	Questa analisi rileva la predisposizione genetica a: ! intolleranze ai disaccaridi, come il lattosio, ecc; ! sensibilità a sostanze comuni, come caffeina, alcool, ecc.
Sport attivo completo	Studio di varianti genetiche per ridurre il rischio di infortunio e aumentare il livello di performance: Test Performance: controllo delle intolleranze e predisposizione agli sforzi Test Injury: controllo di: ! lassità articolare; ! predisposizione a tendinopatie; ! debolezza muscolare; ! tendenza alle lesioni.

Condizioni di Assicurazione

Norme che regolano l'assicurazione – sezione malattia

Come richiedere il test del DNA nutrizionale

L'**assicurato** può richiedere l'attivazione del test in due modi:

- tramite la compilazione del modulo disponibile nell'Area Salute dell'app My **AXA** o nei siti axa.it e lamiasalute.axa.it;
 - tramite un contatto telefonico con la **Centrale Operativa AXA**.
- AXA** verifica l'attivazione e invia all'**assicurato** tutte le istruzioni.

Come contattare la Centrale Operativa AXA

L'**assicurato** può contattare la **Centrale Operativa AXA** attraverso i seguenti canali:

- Area Salute disponibile su:
 - l'app My AXA;
 - l'Area Clienti su axa.it;
 - il sito lamiasalute.axa.it;
- Telefono:
 - Numero Verde 800.085.559 (da rete fissa o mobile in Italia);
 - Numero +39.06.45.202.137 (per chiamate dall'**estero**).

Orari del servizio telefonico:

- lunedì - venerdì: dalle 9.00 alle 19.00;
- sabato: dalle 9.00 alle 13.00.

L'**assicurato** può svolgere una consulenza con un nutrizionista per interpretare i risultati del test. La consulenza è gestita dal fornitore del test del DNA secondo le modalità comunicate dallo stesso all'inizio dei risultati del test.

AXA paga il test.

Se l'**assicurato** fa il test del DNA nutrizionale, deve aspettare due anni prima di usare il check-up.

AXA non viene a conoscenza dei risultati del test del DNA nutrizionale.

Come mi assicuro - Condizioni particolari

(Opzioni a scelta dell'**assicurato** che operano solo se richiamate in **polizza**)

Art. 12 | P1 - Ricoveri e Interventi TOP con **franchigia**

AXA rimborsa le spese, entro i limiti di **indennizzo** previsti dall'Art. 1 - "Ricoveri, interventi e **day hospital TOP**" alle lettere da a) a t), tramite l'applicazione di una **franchigia** indicata in **polizza** per ogni **ricovero**, **day hospital**, **day surgery** o **intervento chirurgico ambulatoriale**.

La **franchigia**:

- Si applica anche se l'**assicurato** si cura in strutture sanitarie o con 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**

AXA rimborsa le spese, entro i limiti di **indennizzo** previsti dall'Art. 1 - "Ricoveri, interventi e **day hospital TOP**" alle lettere da a) a t), tramite l'applicazione di uno **scoperto** del 20% per ogni **ricovero**, **day hospital**, **day surgery** o **intervento chirurgico ambulatoriale**. Lo **scoperto** è prestato con il minimo di 2.500 euro e un massimo di 10.000 euro.

Lo **scoperto**:

- 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 autorizzate in modo preventivo dalla Centrale Operativa presso strutture o medici convenzionati (o entrambi), all'indennità sostitutiva, ai ticket relativi al Servizio Sanitario Nazionale.
- Non si applica nel caso di sinistri relativi agli eventi compresi al punto 1.5 "Limiti d'indennizzo".

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

La garanzia di cui all'Art. 5 - "Visite, Accertamenti e Fisioterapia" non copre le visite mediche rese necessarie da **malattia** o **infortunio** indicate al punto a).

Art. 15 | Q1 - Rinuncia alla compilazione del *questionario sanitario*

AXA non chiede all'**assicurato** di compilare il *questionario sanitario*.

La garanzia non vale per malattie o stati patologici già noti o già diagnosticati prima della data di effetto del contratto, né per le loro conseguenze e complicanze.

Restano validi i contenuti di cui all'Art. 16 - "**Termini di aspettativa**" e all'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 **malattia** (ambito: ricoveri e interventi, visite e accertamenti, diarie e prevenzione) sono efficaci dalle ore 24 del:

- giorno di decorrenza della **polizza**, per infortuni, check-up e test del DNA nutrizionale, se avvenuti dopo la data di decorrenza;
- 30° giorno successivo al giorno di decorrenza della **polizza** per le malattie se l'**assicurato** ha compilato il *questionario sanitario*;
- 90° giorno, successivo al giorno di decorrenza della **polizza** per le malattie, se l'**assicurato** non ha compilato il *questionario sanitario*;
- 120° giorno, successivo al giorno di decorrenza della **polizza**, per le malattie dipendenti da gravidanza e per **aborto terapeutico**, se la gravidanza è iniziata dopo la data di decorrenza della **polizza**;
- dal 180° giorno, successivo al giorno di decorrenza della **polizza**, per conseguenze di stati patologici:
 - sottoposti ad accertamenti o curati prima della stipula, dichiarati dall'**assicurato** e accettati da **AXA** e non esclusi;
 - non conosciuti dall'**assicurato**, ma insorti prima della stipula della **polizza**;
- 360° giorno, successivo al giorno di decorrenza della **polizza**, per varici, emorroidi e parto.

Se questa **polizza** è stata emessa per sostituire o per proseguire un'altra **polizza** stipulata con **AXA** - senza soluzione di continuità - per gli stessi assicurati i giorni di aspettativa sopra indicati operano:

- dal giorno di decorrenza della precedente **polizza** per le garanzie, prestazioni e i massimali già previsti;
- dal giorno di decorrenza della presente **polizza** solo per le garanzie, prestazioni e le maggiori somme non previsti sulla precedente **polizza**.

In modo analogo, in caso di variazioni avvenute nel corso della presente **polizza**, i giorni di aspettativa sopra indicati decorrono dalla data di variazione stessa, per le maggiori somme o le diverse persone o prestazioni assicurate.

Art. 17 | Esclusioni

AXA non copre:

- 1) malattie e stati patologici già noti all'**assicurato** o diagnosticati prima della data di effetto della **polizza** e relative conseguenze e complicanze, se l'**assicurato** non ha compilato il *questionario sanitario*;
- 2) malattie e stati patologici già noti all'**assicurato** o diagnosticati prima della data di effetto della **polizza**, non dichiarati, con dolo o colpa grave, in fase di stipula del contratto nel *questionario sanitario*; sono inoltre escluse le relative conseguenze e complicanze;
- 3) prestazioni sanitarie e la cura delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, compresi i comportamenti nevrotici e le loro conseguenze e complicanze;
- 4) prestazioni sanitarie e cure relative a psicoterapia e/o altre prestazioni terapeutiche relative a depressione, stati d'ansia e tutti i disturbi mentali, compresi i disturbi comportamentali riconosciuti dal DSM IV (Manuale Diagnostico e statistico dei disturbi mentali). Vale comunque quanto previsto all'Art. 5 - "Visite, accertamenti e fisioterapia" (alla lettera f)) e all'Art. 6 - "Alta diagnostica e fisioterapia" (alla lettera e);
- 5) prestazioni e cure per infertilità, sterilità (maschile e femminile), fecondazione assistita e simili, impotenza;
- 6) aborto volontario non terapeutico;
- 7) prestazioni sanitarie e cure dell'alcolismo, della tossicodipendenza e le relative conseguenze e complicanze;
- 8) cure per intossicazioni da abuso di alcool, uso non terapeutico di psicofarmaci, di stupefacenti o di allucinogeni;
- 9) prestazioni sanitarie relative all'infezione da HIV o sindrome da immunodeficienza acquisita (A.I.D.S.), incluse le conseguenze e complicanze;
- 10) infortuni causati dallo stato di ubriachezza dell'**assicurato** o dall'effetto di allucinogeni, stupefacenti o psicofarmaci, assunti non a scopo terapeutico;

Condizioni di Assicurazione

Norme che regolano l'assicurazione – sezione malattia

- 11) infortuni causati da azioni delittuose compiute o tentate dall'**assicurato**. **AXA** comunque copre gli infortuni causati da imprudenza o negligenza, anche gravi, dell'**assicurato** stesso;
- 12) infortuni causati dalla pratica di sport aerei in genere o dalla partecipazione a gare motoristiche e relative prove;
- 13) prestazioni sanitarie, cure e interventi per eliminare o correggere **difetti fisici** evidenti o già diagnosticati prima della stipula della **polizza**, tranne quanto previsto all'Art. 1 – "Ricoveri e interventi TOP" alla lettera l);
- 14) prestazioni sanitarie, cure e interventi per eliminare o correggere malformazioni, tranne quanto previsto all'Art. 1 – "Ricoveri e interventi TOP" alla lettera l). **AXA** comunque copre le malformazioni non conosciute dall'**assicurato**;
- 15) correzione di vizi di rifrazione (miopia, astigmatismo, ipermetropia e presbiopia);
- 16) prestazioni sanitarie, applicazioni, cure e interventi estetici, tranne quanto previsto agli articoli:
 - 1 - "Ricoveri e interventi TOP" alla lettera i);
 - 2 - "Ricoveri e interventi PREMIUM" alla lettera i);
 - 4 - "Ricoveri e interventi patologie gravi" alla lettera i);
- 17) prestazioni odontoiatriche e ortodontiche, comprese visite, cure, protesi, parodontopatie, tranne quanto previsto agli articoli:
 - 1 - "Ricoveri e interventi TOP" alla lettera j);
 - 2 - "Ricoveri e interventi PREMIUM" alla lettera j);
 - 4 - "Ricoveri e interventi patologie gravi" alla lettera j);
- 18) 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, tranne quanto indicato agli articoli:
 - 5 - "Visite, accertamenti e fisioterapia" alla lettera f);
 - 6 - "Alta diagnostica e fisioterapia" alla lettera e);
- 19) conseguenze dirette o indirette di trasformazione o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione o fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);
- 20) conseguenze di movimenti tellurici, inondazioni ed eruzioni vulcaniche, tranne quanto previsto all'Art. 34 - "Eventi naturali catastrofici";
- 21) conseguenze di guerra (dichiarata o non dichiarata) o insurrezioni, tranne quanto previsto all'Art. 35 - "**Rischio** di guerra";
- 22) conseguenze di atti terroristici, di tumulti popolari, di atti violenti o aggressioni, se l'**assicurato** vi ha partecipato in modo attivo;
- 23) prestazioni sanitarie e cure fitoterapiche, idropiniche, dietetiche e termali (tranne quanto previsto dalle specifiche garanzie). L'agopuntura è coperta solo se effettuata da medici agopuntori a scopo terapeutico;
- 24) spese non legate in modo diretto alla cura o all'intervento, come telefonate, TV, bar o ristorante e simili;
- 25) accertamenti diagnostici, psicoterapia, terapie mediche e chirurgiche, legati all'identità di genere;
- 26) prestazioni per prevenire malattie familiari;
- 27) interventi di chirurgia bariatrica e prestazioni per la cura dell'obesità, tranne nei casi di obesità di III grado (Indice di Massa Corporea – IMC uguale o superiore a 40).

Art. 18 I Tabella 1: Tabella riassuntiva di limiti, franchigie o scoperti (o entrambi)

Garanzia	Prestazione	Limite di <i>indennizzo</i>	Scoperto e/o franchigia
Ricoveri e Interventi TOP (Art. 1)		5.000.000 euro (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 euro	
	Parto con taglio cesareo, aborto terapeutico	7.000 euro	
	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 euro	
	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 euro e fino a 60 giorni di vita per il neonato	
	Indennità sostitutiva:	140 euro al giorno per max 120 giorni (per anno assicurativo)	
	Indennità sostitutiva in caso di day hospital :	70 euro al giorno per max 120 giorni (per anno assicurativo)	
	Acquisto/noleggio apparecchi ortopedici/protesici/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 <i>indennizzo</i>	Scoperto e/o <i>franchigia</i>
Ricoveri e Interventi TOP (Art. 1)	Ernie (salvo quelle discali), appendiciti, varici ed emorroidi	7.000 euro (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' <i>indennizzo</i> .)	
	Ernie discali	12.500 euro (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' <i>indennizzo</i> .)	
Condizione particolare P1 - Ricoveri e Interventi TOP con <i>franchigia</i>	Tutte le prestazioni di cui Art. 1 Ricoveri e Interventi TOP		Condizione particolare P1 - <i>franchigia</i> Applicazione della <i>franchigia</i> selezionata e riportata in <i>polizza</i> per ogni <i>ricovero, day hospital/day surgery o intervento chirurgico ambulatoriale</i> . Non si applica all'indennità sostitutiva e ai ticket relativi al Servizio Sanitario Nazionale (SSN) . 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 <i>scoperto</i> del 20%, con un minimo di 2.500 euro e un massimo di 10.000 euro per ogni <i>ricovero, day hospital/day surgery o intervento chirurgico ambulatoriale</i> . 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 .

Condizioni di Assicurazione

Norme che regolano l'assicurazione – sezione malattia

Garanzia	Prestazione	Limite di <i>indennizzo</i>	Scoperto e/o <i>franchigia</i>
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 euro (<i>massimale</i> 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 euro (<i>massimale</i> per persona e per evento)	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 .
	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 euro	
	Indennità sostitutiva:	140 euro al giorno per max 120 giorni (per anno assicurativo)	
	Indennità sostitutiva in caso di day hospital :	70 euro al giorno per max 120 giorni (per anno assicurativo)	
	Acquisto/noleggio apparecchi ortopedici/protesici/fisioter.ci (Art 2.3 lettera n)	Fino a 1.500 euro nei 120 giorni successivi al ricovero, day surgery o intervento chirurgico ambulatoriale	

Condizioni di Assicurazione

Norme che regolano l'assicurazione – sezione malattia

Garanzia	Prestazione	Limite di <i>indennizzo</i>	Scoperto e/o franchigia
Ricoveri e Interventi COMFORT	Tutte le prestazioni di cui Art. 3 Ricoveri e Interventi COMFORT	3.000 euro (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 euro 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 euro (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 euro al giorno per max 120 giorni (per anno assicurativo)	
	Indennità sostitutiva in caso di day hospital :	70 euro al giorno per max 120 giorni (per anno assicurativo)	
	Acquisto/noleggio apparecchi ortopedici/protesici/fisioterapici (art 4.3 lettera n)	Fino a 1.500 euro nei 120 giorni successivi al ricovero, day surgery o intervento chirurgico ambulatoriale	

Condizioni di Assicurazione

Norme che regolano l'assicurazione – sezione malattia

Garanzia	Prestazione	Limite di <i>indennizzo</i>	Scoperto e/o <i>ranchigia</i>
Visite, Accertamenti e Fisioterapia	Tutte le prestazioni di cui Art. 5 Visite, Accertamenti e Fisioterapia	5.000 euro (<i>massimale</i> per persona e per <i>anno assicurativo</i>)	Scoperto con il minimo di 40 euro 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 euro. 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 /isioterapici 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 <i>indennizzo</i>	<i>Scoperto e/o franchigia</i>
Alta diagnostica e Fisioterapia	Tutte le prestazioni di cui Art. 6 Alta diagnostica e Fisioterapia	3.000 euro (<i>massimale</i> per persona e per <i>anno assicurativo</i>)	Scoperto del 20% con il minimo di 40 euro 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 euro. 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.
	Follow up (Art. 6. lettera b)	Fino a 5 anni dalla data di cessazione del ricovero del primo intervento o dell'intervento di recidiva	
Visite e Accertamenti Urgenti e Brevi	Tutte le prestazioni di cui Art. 7 Visite e Accertamenti Urgenti e Brevi	3.000 euro (<i>massimale</i> per persona e per <i>anno assicurativo</i>)	Franchigia 50 euro 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 <i>massimale</i> indicato in <i>polizza</i> (per persona e per <i>anno assicurativo</i>)	Rimborso Integrale. Nessuno scoperto/ franchigia

Condizioni di Assicurazione

Norme che regolano l'assicurazione – sezione malattia

Garanzia	Prestazione	Limite di <i>indennizzo</i>	<i>Scoperto e/o franchigia</i>
	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\Aborto\Terap = 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 euro 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

Sezione - Il sinistro

Come attivare le prestazioni

Art. 19 I Utilizzo di strutture sanitarie e medici convenzionati con AXA

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

La gestione dei sinistri legati alle garanzie **malattia** (convenzionamenti o **rimborso** spese) può essere affidata a fornitori esterni.

Se l'**assicurato** sceglie una struttura sanitaria convenzionata, deve:

- contattare prima la **Centrale Operativa AXA**;
- verificare tramite la **Centrale Operativa AXA** se la prestazione è disponibile in convenzione;
- controllare eventuali limitazioni all'autorizzazione per visite, ricoveri, accertamenti diagnostici e altre prestazioni chirurgiche o mediche previste dalla **polizza**.

La **Centrale Operativa AXA** valuta la posizione amministrativa e clinica dell'**assicurato**, e decide se autorizzare o negare l'effettuazione delle prestazioni in convenzione presso istituti di cura, centri diagnostici e medici prescelti.

Dove trovare le strutture convenzionate

L'elenco aggiornato è disponibile su:

Area Salute disponibile su:

- l'app My AXA;
- l'Area Clienti su axa.it;
- il sito lamiasalute.axa.it.

L'**assicurato** può utilizzare gli appositi servizi presenti all'interno della propria Area Salute, anche per richiedere informazioni sui sinistri, sulle strutture sanitarie convenzionate e sui medici, per richiedere la prenotazione del check up o di prestazioni extraospedaliere.

Come contattare la Centrale Operativa AXA

Puoi accedere alla **Centrale Operativa AXA** attraverso i seguenti canali:

- Area Salute disponibile su:
 - l'app My AXA;
 - l'Area Clienti su axa.it;
 - il sito lamiasalute.axa.it.
- Telefono:
 - Numero Verde 800.085.559 (da rete fissa o mobile in Italia);
 - Numero +39.06.45.202.137 (per chiamate dall'**estero**).

Orari del servizio telefonico:

- Lunedì - Venerdì: dalle 9.00 alle 19.00;
- Sabato: dalle 9.00 alle 13.00.

Eventuali modifiche o cessazioni delle convenzioni con strutture sanitarie e medici non costituiscono motivo di recesso anticipato dal contratto.

L'**assicurato** riconosce che **AXA** non è responsabile per le prestazioni fornite e per la loro esecuzione, da parte delle strutture o dei medici convenzionati.

In caso di **ricovero**, **intervento chirurgico**, visite, esami e accertamenti diagnostici presso strutture sanitarie o medici convenzionati – salvo casi di urgenze documentate – è necessario contattare la **Centrale Operativa AXA** con almeno 48 ore lavorative di preavviso, per agevolare le procedure.

Art. 20 I Cosa fare in caso di sinistro

Per denunciare un **sinistro**, l'**assicurato** deve rivolgersi all'Agenzia assegnataria della **polizza** oppure accedere all'Area Salute tramite l'app My AXA, il sito axa.it o lamiasalute.axa.it, entro 3 giorni da quando ne ha avuto conoscenza¹.

Se intende rivolgersi a strutture sanitarie o medici convenzionati, può contattare la Centrale Operativa per attivare la presa in carico diretta delle spese sanitarie, per formalizzare così la denuncia del **sinistro**.

Come contattare la Centrale Operativa AXA

Puoi accedere alla **Centrale Operativa AXA** attraverso i seguenti canali:

- Area Salute disponibile su:
 - l'app My AXA;
 - l'Area Clienti su axa.it;
 - il sito lamiasalute.axa.it.
- Telefono:
 - Numero Verde 800.085.559 (da rete fissa o mobile in Italia);
 - Numero +39.06.45.202.137 (per chiamate

dall'**estero**). Orari del servizio telefonico:

- Lunedì - Venerdì: dalle 9.00 alle 19.00;
- Sabato: dalle 9.00 alle 13.00.

La denuncia deve includere tutta la documentazione medica richiesta, in base a quanto previsto all'Art. 21 - "Criteri di liquidazione e pagamento dell'**indennizzo**".

Deve essere completa di:

- certificazioni mediche con patologia sospetta o accertata;
- copie o originali delle notule, fatture o ricevute quietanzate;
- ogni altro documento che **AXA** ritiene utile per valutare e liquidare il sinistro.

Se l'**assicurato** invia la documentazione medica e fiscale in fotocopia, **AXA** può chiedere gli originali, se lo ritiene necessario.

L'**assicurato** deve:

- permettere indagini e accertamenti;
- sottoporsi, se richiesto, ai controlli medici disposti dagli incaricati di **AXA**;
- fornire tutte le informazioni richieste;
- consegnare copia della documentazione sanitaria richiesta;
- autorizzare i medici che lo hanno visitato o curato, e le strutture dove è stato ricoverato o curato ambulatorialmente, a fornire informazioni, sciogliendoli dal segreto professionale e d'ufficio;
- acconsentire inoltre al trattamento dei dati personali, secondo quanto previsto dall'Informativa sulla Privacy e successive modifiche.

Le spese per ottenere certificati medici o altra documentazione richiesta restano a carico dell'**assicurato**.

¹ Cfr. art. 1913 del Codice Civile

Condizioni di Assicurazione

Norme che regolano l'assicurazione – il sinistro

Art. 21 I Criteri di liquidazione e pagamento dell'*indennizzo*

Criteri di liquidazione

1) Utilizzo di strutture sanitarie e medici convenzionati con 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), se l'**assicurato** sceglie una struttura sanitaria e un medico convenzionato con **AXA** e ottiene autorizzazione preventiva dalla Centrale Operativa, **AXA**:

- paga in maniera diretta le spese sostenute per prestazioni sanitarie coperte dalla **polizza**, anche tramite un incaricato per conto dell'**assicurato**;
- applica eventuali scoperti, franchigie o limiti di **indennizzo**.

Per autorizzare la prestazione, **AXA** può chiedere:

- copia degli esiti di esami strumentali;
- copia dei certificati medici che descrivono la patologia sospetta o accertata con la prestazione che deve essere eseguita, utili a valutarne l'autorizzazione preventiva.

Il pagamento diretto a strutture convenzionate, solleva **AXA** da ogni altro obbligo su quella prestazione.

L'**assicurato** o i suoi eredi non possono chiedere ulteriori rimborsi per la stessa prestazione, anche se integrano importi già corrisposti da **AXA**.

Se, dopo che **AXA** paga direttamente, si scopre che la **polizza** non è valida o non è efficace, l'**assicurato** deve:

- rimborsare ad **AXA** quanto pagato a istituti di cura, centri diagnostici o medici convenzionati;
- pagare le prestazioni già autorizzate ma non ancora saldate.

AXA avvisa l'**assicurato**, che deve rimborsare quanto dovuto entro e non oltre 30 giorni successivi alla comunicazione.

Se l'**assicurato** non paga entro i termini, **AXA** può avviare un'azione legale, senza bisogno di un nuovo avviso.

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

In caso di *ricovero*, *day hospital*, *day surgery* o *intervento chirurgico ambulatoriale*, se l'**assicurato** sceglie di usare una struttura convenzionata ma vuole farsi seguire da un medico non convenzionato, deve:

- chiedere l'autorizzazione preventiva alla **Centrale Operativa AXA per la struttura convenzionata (come indicato nel precedente punto 1)**;
- pagare personalmente il medico non convenzionato e dopo richiedere il **rimborso** ad **AXA**.

AXA gestisce il **rimborso** secondo quanto indicato al successivo punto 3).

Come inviare la documentazione per il rimborso

L'**assicurato** o un suo familiare devono inviare ad **AXA**:

- fatture, notule o ricevute quietanzate relative al medico non convenzionato.

Possono farlo:

- tramite l'Agenzia che gestisce la **polizza**;
- attraverso l'Area Salute, disponibile su:
 - app My AXA;
 - Area Clienti su [axa.it](https://www.axa.it);
 - sito lamiasalute.axa.it.

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

Se l'**assicurato** si rivolge a strutture e medici non convenzionati, può chiedere il **rimborso** ad **AXA** delle spese sanitarie sostenute tramite l'invio della documentazione alla Centrale Operativa, tramite l'Agenzia che gestisce la **polizza** o tramite l'Area Salute disponibile su app My AXA, axa.it o lamiasalute.axa.it.

Alla richiesta di **rimborso** vanno allegati:

- in caso di **ricovero, day hospital o day surgery**:
 - copia delle fatture, notule o ricevute quietanzate valide ai fini fiscali;
 - copia conforme all'originale della **cartella clinica** completa;
- in caso di **intervento chirurgico ambulatoriale**:
 - relazione medica dell'**intervento chirurgico**;
 - in caso di asportazione di un neo, anche il referto dell'esame istologico;
- per prestazioni senza **ricovero** (visite specialistiche, esami ed analisi, accertamenti diagnostici, trattamenti, terapie):
 - copia del certificato della prescrizione del medico curante con indicazione della patologia presunta o accertata;
 - notule, fatture o ricevute quietanzate valide ai fini fiscali;
- per spese di trasporto:
 - copia dei giustificativi delle spese sostenute.

AXA può richiedere, oltre alla documentazione sopra elencata, secondo quanto previsto dall'Art. 20, copia di ogni certificazione sanitaria richiesta e necessaria alla valutazione.

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

Alla richiesta di **rimborso**, l'**assicurato** o un suo familiare devono inviare la seguente documentazione:

- per infortuni e gesso: **Rimborso** spese (Art. 8.1):
 - copia del referto del pronto soccorso;
 - certificato del medico curante con la diagnosi o con la patologia presunta;
 - copia di notule, fatture o ricevute quietanzate;
- per diaria da **ricovero, day hospital o day surgery**:
 - copia conforme all'originale della **cartella clinica** completa;
- per diaria da convalescenza:
 - copia conforme della **cartella clinica** completa;
 - copia dei certificati medici che prescrivono la convalescenza e ne indicano la durata;
 - in caso di prolungamento della convalescenza, nuovi certificati medici aggiornati. Se i certificati non vengono rinnovati, **AXA** considera come data di guarigione quella indicata nell'ultimo certificato ricevuto, salvo accertamento da parte di **AXA** di una data anteriore di guarigione;
- per diaria da **gessatura** o traumi (Art. 8.2):
 - copia del certificato del pronto soccorso o certificato del medico ortopedico-traumatologo che prescrive o documenta l'applicazione e la rimozione della **gessatura**;
 - per fratture senza **gessatura**: copia della radiografia e della prescrizione medico ortopedico-traumatologo o della prescrizione del pronto soccorso;
 - in caso di osteosintesi: copia conforme della **cartella clinica** completa.

AXA può richiedere, oltre alla documentazione sopra elencata, copia di ogni certificazione sanitaria richiesta e necessaria alla valutazione

5) Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

Se il **ricovero**, il **day hospital**, il **day surgery**, l'**intervento chirurgico ambulatoriale** o altre prestazioni sanitarie senza **ricovero** avvengono anche solo in parte a carico del Servizio Sanitario Nazionale, **AXA** può rimborsare le spese rimaste a carico dell'**assicurato**, se previste dalla **polizza**.

Il **rimborso** è possibile solo se l'**assicurato** non ha richiesto l'indennità sostitutiva per lo stesso evento.

Deve pagare in maniera diretta le spese e poi chiedere il **rimborso** in base alle modalità indicate al punto 3 di questo articolo.

Condizioni di Assicurazione

Norme che regolano l'assicurazione – il sinistro

6) Richiesta dell'indennità sostitutiva

Se l'**assicurato** sceglie di richiedere l'indennità sostitutiva per un **ricovero**, un **day hospital**, un **day surgery** o un **intervento chirurgico ambulatoriale**, deve inviare la documentazione ad **AXA**.

Lui o un suo familiare possono farlo tramite l'Agenzia alla quale è assegnata la **polizza** oppure tramite l'Area Salute disponibile su:

- app My AXA;
- sito [axa.it](https://www.axa.it);
- sito lamiasalute.axa.it.

Alla richiesta, l'**assicurato** deve allegare:

- per **ricovero**, **day hospital** o **day surgery**: copia conforme della **cartella clinica** completa;
- per **intervento chirurgico ambulatoriale**: copia conforme della relazione medica dell'**intervento chirurgico**.

7) Ricoveri ravvicinati

Se due ricoveri avvengono entro 20 giorni l'uno dall'altro (oppure entro 120 giorni per le neoplasie) e riguardano la stessa **malattia** o **stato patologico** o lo stesso **infortunio**, si considerano come un unico **sinistro**.

In questo caso, **franchigia** o **scoperto previsti nel contratto** si applicano una sola volta.

Pagamento dell'indennizzo

AXA verifica l'operatività della garanzia attraverso la documentazione relativa al **sinistro** e compie gli accertamenti del caso. **AXA**, si impegna a formulare all'**assicurato** un'offerta o a comunicargli i motivi per cui non ritiene di formularla entro 90 giorni dal completamento dell'istruttoria.

AXA, entro 15 giorni dalla data di ricezione dell'accettazione dell'offerta da parte dell'**assicurato**, provvede a pagare la somma pattuita se non ci sono motivi ostativi. **AXA** restituisce gli eventuali documenti originali ricevuti.

Se l'**assicurato** ha già presentato notule, fatture o ricevute a terzi per ottenerne il **rimborso**, il pagamento di quanto dovuto a termini del presente contratto avviene previa dimostrazione delle spese effettivamente sostenute, al netto di quanto già liquidato all'**assicurato** dai terzi. Il pagamento dell'**indennizzo** avviene, a cura ultimata, in Italia e in euro, anche per spese sostenute all'estero. Nel caso di spese sostenute all'estero, si applica il cambio medio della settimana in cui è stata effettuata la spesa.

Art. 22 | Anticipo *indennizzo* all'estero

Se l'**assicurato** si trova in maniera temporanea all'**estero** e ha bisogno di un **ricovero** urgente presso una struttura non convenzionata per **malattia** improvvisa o **infortunio**, ha diritto ad un anticipo solo se sussistono tutte le

condizioni di seguito elencate:

- la struttura sanitaria fornisce la documentazione della spesa preventivata;
- la spesa prevista supera 2.000 euro;

AXA può corrispondere un anticipo fino al 60% della spesa preventivata.

L'**assicurato** può richiedere l'anticipo dell'**indennizzo** secondo le istruzioni previste all'Art. 20 - "Cosa fare in caso di sinistro".

AXA verifica l'operatività della garanzia, esamina i documenti ricevuti (es. relazione del medico comprovante le patologie e le prestazioni da eseguire) e, compiuti gli accertamenti del caso, versa l'importo pattuito sul conto corrente italiano dell'**assicurato**.

AXA non effettua pagamenti né accrediti su conti esteri né in valuta estera

Dopo il **ricovero**, l'**assicurato** deve inviare entro 90 giorni dall'accredito:

- la fattura quietanzata;
- la **cartella clinica completa** relativa al **ricovero** subito.

AXA calcola l'importo finale e conguaglia quanto anticipato. Se non riceve la documentazione entro i termini, o se la **polizza** risulta non valida o inefficace, l'**assicurato** deve restituire l'importo ricevuto.

Art. 23 | Controversie - *Arbitrato* irrituale

Se nascono controversie:

- di natura medica sull'indennizzabilità del sinistro;
- sull'applicazione dei criteri di indennizzabilità, a norma e nei limiti delle condizioni di

polizza; le **parti** possono, di comune accordo, affidare per iscritto la decisione ad un Collegio medico.

Il Collegio medico:

- è composto da 3 medici, nominati uno per **Parte** e il terzo di comune accordo. In caso di disaccordo sulla scelta del terzo medico, questo viene scelto dal Consiglio dell'Ordine dei Medici che ha giurisdizione nel luogo in cui si riunisce il Collegio medico;
- risiede nella località scelta insieme 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**.

Ogni parte:

- paga il medico che ha nominato;
- copre la metà delle spese e competenze per il terzo medico.

Il Collegio decide a maggioranza, senza obbligo di seguire formalità

legali. La decisione è vincolante per entrambe le **Parti**.

Dal momento della decisione non è possibile fare ricorso, tranne nei casi di errore, dolo, violenza o violazione del contratto.

Il risultato deve essere scritto in due copie del verbale, una per ogni **Parte**.

Se uno dei medici rifiuta di firmare il verbale, il rifiuto va registrato nel verbale stesso dagli altri due medici. La decisione del Collegio Medico resta comunque valida e vincolante per le **Parti**.

Sezione Assistenza

AXA affida la gestione del servizio di assistenza a Inter Partner Assistance S.A (di seguito nominata **AXA Partners**) che lo eroga avvalendosi della struttura organizzativa della **Inter Partner Assistance Services S.r.l.** (di seguito nominata **Centrale Operativa IPAS**).

AXA può cambiare il fornitore lasciando invariati la portata e i limiti delle prestazioni.

Il cambio del fornitore non dà diritto a risolvere il contratto.

Cosa assicuro

Garanzia Assistenza

Art. 24 | Assistenza Base

Il servizio di Assistenza Medica da remoto è attivo in caso di urgenza per **infortunio** o **malattia** improvvisa. È disponibile 24 ore su 24, tutti i giorni dell'anno.

L'**assicurato** può accedere al servizio:

- tramite contatto telefonico con la **Centrale Operativa IPAS**, che lo mette in contatto con l'équipe medica;
- tramite l'Area Salute **AXA**, anche tramite la prenotazione di uno slot orario per ricevere la chiamata dal medico prescelto.

Consulto con medico generico e pediatra

L'équipe è composta da:

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

L'équipe valuta se continuare il consulto per telefono o passare a una videochiamata, con il consenso dell'**assicurato**.

Dove è valida: in Italia e all'**estero**.

Consulto con medici specialisti

L'**assicurato** può consultare i seguenti specialisti, con un massimo di 5 prestazioni per anno per ciascuno:

- cardiologo;
- ortopedico;
- ginecologo;
- neurologo.

Il consulto può avvenire per telefono o in videochiamata, anche su appuntamento, tramite Area Salute.

Dove è valida: in Italia e all'**estero**.

Consulenza psicologica

Puoi contattare la **Centrale Operativa IPAS** per chiedere:

1. consulto telefonico urgente, disponibile H24;
2. videochiamata con psicologo, attivata dall'équipe medica durante orario d'ufficio, nei casi seguenti:
 - diagnosi di **malattia** improvvisa, **malattia** cronico degenerativa o acuta (incluse neoplasie), infortunio. La prestazione deve essere richiesta in modo indicativo 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 o divorzio;
 - dipendenza da gioco d'azzardo.

La prestazione di consulenza psicologica è attiva in deroga alle esclusioni previste in **polizza**.

Il servizio in videochiamata può essere richiesto:

- fino a 2 volte per anno per ogni **assicurato**;
- con un massimo di 5 sedute per ciascun ciclo.

Il consulto non prevede prescrizione di farmaci.

Dove è valida: in Italia e all'**estero**.

Prescrizione medica

Dopo un consulto medico o pediatrico, se serve un farmaco, la **Centrale Operativa IPAS** invia all'**assicurato**:

- una ricetta bianca, non a carico del **SSN**;
- oppure una prescrizione diretta alla farmacia più vicina, se il farmaco è disponibile.

In quest'ultimo caso, la ricetta può essere:

- consegnata in modo diretto a te;
- oppure usata da un delegato per l'acquisto in farmacia.

Se, dopo il consulto, serve una **visita specialistica** o un esame diagnostico, la **Centrale Operativa IPAS** ti invia la relativa prescrizione su ricetta bianca.

Dove è valida: in Italia.

Invio di medico, pediatra o ambulanza

Dopo un consulto, se la situazione è urgente, la **Centrale Operativa IPAS** può:

- inviare un medico o un pediatra convenzionato a domicilio;
- oppure, se non disponibili, organizzare il trasporto in ambulanza verso il centro di primo soccorso più vicino.

Il costo del servizio è **a carico di AXA**.

In caso di emergenza devi contattare gli Organismi Ufficiali di Soccorso (118) con spese a tuo carico.

Dove è valida: in Italia.

Art. 25 I Assistenza 360

Il servizio di assistenza è disponibile in caso di **infortunio** o **malattia** e garantisce le seguenti prestazioni:

Consulto con medico generico o pediatra

Il servizio è attivo 24 ore su 24, tutti i giorni, via telefono o videochiamata.

L'**assicurato**, in caso di infortunio o malattia improvvisa, può:

- contattare la **Centrale Operativa IPAS**;
- oppure usare l'Area Salute AXA, anche per prenotare uno slot orario.

L'équipe medica valuta se procedere con la telefonata o passare alla videochiamata, con il consenso dell'**assicurato**.

L'équipe è composta da:

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

La **Centrale Operativa IPAS** non fornisce diagnosi ma fa il possibile per mettere rapidamente l'assicurato in condizione di ottenere quanto necessario.

Dove è valida: in Italia e all'**estero**.

Consulto con medici specialisti

Il servizio è attivo 24 ore su 24, tutti i giorni, via telefono o videochiamata.

L'**assicurato** può:

- chiamare la **Centrale Operativa IPAS**;
- oppure usare l'Area Salute **AXA** per prenotare un consulto specialistico.

L'équipe medica valuta il tipo di consulto e la modalità (telefono o video).

Sono disponibili i seguenti specialisti (massimo 5 consulti per specialista, per anno e per persona):

- cardiologo;
- ortopedico;
- ginecologo;
- urologo;
- dermatologo;
- neurologo;
- allergologo.

Dove è valida: in Italia e all'**estero**.

Consulenza psicologica

L'**assicurato** ha accesso a due tipi di consulto:

1. telefonico urgente, sempre disponibile (H24);
2. videochiamata in orario d'ufficio, attivata dall'équipe medica nei seguenti casi:
 - diagnosi di **malattia** improvvisa, **malattia** cronico degenerativa o acuta (incluse neoplasie), infortunio. La prestazione deve essere richiesta in modo indicativo 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 o divorzio;
 - dipendenza da gioco d'azzardo.

Il consulto avviene in deroga a eventuali esclusioni di **polizza**.

È previsto un massimo di 2 video-consulti per anno, con 5 sedute per ciascun ciclo.

Non è prevista prescrizione di farmaci.

Dove è valida: in Italia e all'**estero**.

Prescrizione medica

Se, dopo un consulto, serve un farmaco o un esame diagnostico, la **Centrale Operativa IPAS**:

- invia una ricetta bianca non a carico del **SSN**;
- oppure, se il farmaco è disponibile, prenota il ritiro presso la farmacia più vicina all'**assicurato** o scelta da lui.

Tu o un tuo delegato potete acquistare il farmaco con la ricetta.

Anche le richieste di visite specialistiche o esami diagnostici vengono fornite su ricetta bianca.

Dove è valida: solo in Italia.

Invio medico, pediatra o ambulanza sul posto

In caso di urgenza e dopo un consulto medico telefonico, se necessaria una visita urgente, la **Centrale Operativa IPAS**:

- invia un medico generico o pediatra convenzionato;
- oppure, se non disponibile, organizza il trasporto in ambulanza al centro di primo soccorso.

I costi del servizio sono a carico di **AXA**.

La **Centrale Operativa IPAS**, in caso di emergenza, non si sostituisce in alcun caso agli Organismi Ufficiali di Soccorso (Servizio 118), né sostenere le eventuali spese.

Dove è valida: solo in Italia.

Consulenza nutrizionale

Se una diagnosi patologica o una condizione (es. diabete, iper/ipotiroidismo, celiachia, gravidanza, menopausa, ecc.), richiede un cambiamento nella dieta, l'**assicurato** può:

- chiamare la **Centrale Operativa IPAS**;
- ricevere un contatto telefonico con uno specialista in nutrizione entro 8 ore lavorative.

L'**assicurato** può ricevere al massimo 2 consulenze per **anno assicurativo**; ogni consulenza si intende composta dal primo contatto e dal follow up.

Dove è valida: in Italia e all'**estero**.

Parere medico complementare

In caso di **malattia** o intervento, l'**assicurato** può chiedere un parere medico complementare. La richiesta viene inviata a strutture di eccellenza, in Italia o all'**estero**.

Il servizio è disponibile per molte patologie:

- oncologiche;
- cerebrovascolari;
- neurologico degenerative (es. sclerosi multipla);
- del cuore e dei grandi vasi (es. 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.

Entro 10 giorni lavorativi dalla ricezione della documentazione da parte della

Centrale Operativa IPAS, l'**assicurato** riceve:

- il parere dello specialista;
- eventuali suggerimenti terapeutici e indicazioni per controlli;
- risposte a domande specifiche.

La consulenza ha solo valore informativo. Non sostituisce il parere del medico curante.

Il servizio di Parere medico complementare non è ripetibile, pertanto non può essere richiesto per patologie per le quali è già stata effettuata una volta la prestazione.

Dove è valida: in Italia e all'**estero**.

Trasporto sanitario

Se, dopo **malattia** o **infortunio**, previa analisi del quadro clinico da parte dell'equipe medica e d'intesa col medico curante, serve un mezzo sanitariamente attrezzato per il trasporto, la **Centrale Operativa IPAS** può organizzare:

- il trasferimento all'**istituto di cura** per il **ricovero**;
- il trasferimento tra istituti di cura;
- il rientro al domicilio alla dimissione.

La **Centrale Operativa IPAS**, sceglie a suo giudizio insindacabile, il mezzo ritenuto più idoneo tra:

- aereo sanitario o di linea, classe economica, (anche barellato);
- treno prima classe o, se necessario, vagone letto;
- ambulanza, senza limiti di chilometri;
- altri mezzi se ritenuti più idonei.

Se l'assicurato o un suo familiare lo richiedono, la **Centrale Operativa IPAS**:

- organizza ed effettua il trasporto sanitario;
- copre i costi fino a 5.000 euro per **ricovero**;
- sceglie il mezzo più adatto in base alla gravità del caso;
- se serve, fornisce anche personale medico o paramedico durante il trasporto.

Le spese superiori ai 5.000 euro possono essere rimborsate solo se previste dalle altre garanzie della **polizza**.

AXA può anticipare le spese tramite **AXA Partners**.

Se la **polizza** non risulta valida o non è operativa o non efficace, deve restituire le somme anticipate.

AXA comunica questa situazione con raccomandata. A quel punto l'**assicurato** ha 30 giorni di tempo per rimborsare le somme che ha ricevuto in modo ingiusto. Se non rispetta i tempi, **AXA** può avviare un'azione legale per il recupero.

Dove è valida: in Italia e all'**estero**.

Accompagnatore in caso di trasporto sanitario

Se viene attivato il trasporto sanitario, l'**assicurato** può chiedere alla **Centrale Operativa IPAS** di organizzare il viaggio e il soggiorno (vitto e alloggio) per:

- un familiare;
- oppure una persona scelta dall'**assicurato**.

AXA Partners non garantisce di poter organizzare il rientro dell'accompagnatore con il mezzo utilizzato per il rimpatrio/trasporto dell'assicurato.

Dove è valida: in Italia e all'**estero**.

Trasporto salma

In caso di decesso, i familiari dell'**assicurato** possono contattare la **Centrale Operativa IPAS**.

AXA Partners organizza e copre le spese per il trasporto del feretro fino al luogo di inumazione nel paese di residenza o origine.

Il trasporto avviene secondo le norme locali, dopo il completamento delle formalità previste sul luogo del decesso.

AXA copre le spese per il trasporto del feretro.

Se la legge non consente il trasporto, o se l'**assicurato** ha scelto di essere inumato nel luogo

del decesso, **AXA Partners** fornisce a un suo familiare:

- un biglietto di andata e ritorno, in aereo (classe economica) o in treno (prima classe), per partecipare alle esequie.

Sono escluse:

- le spese per la cerimonia funebre e l'inumazione;
- il recupero della salma, se necessario;
- il soggiorno del familiare.

Dove è valida: in Italia e all'**estero**.

Consegna farmaci a domicilio

Se l'assicurato non può acquistare i farmaci per motivi di salute comprovati da certificazione medica, può chiedere la consegna a domicilio fino a 2 volte all'anno.

I farmaci devono essere prescritti su ricetta medica, redatta:

- dal medico della **Centrale Operativa IPAS**;
- oppure da altro medico (es. medico di base, specialista, ecc.).

La **Centrale Operativa IPAS** può trasmettere la ricetta con due modalità:

1. alla farmacia selezionata dall'assicurato;
2. direttamente all'assicurato; in questo caso un incaricato della **Centrale Operativa IPAS**, ritira la ricetta, il contante e l'eventuale delega presso il luogo in cui si trova l'assicurato. L'incaricato consegna il farmaco nel più breve tempo possibile.

AXA copre il costo della consegna. Il costo dei farmaci resta a tuo carico.

Valido solo in Italia.

Supporto post ricovero e intervento

Si compone di:

Telemonitoraggio post intervento

Dopo un **ricovero** per infortunio o malattia con **intervento chirurgico**, l'assicurato può attivare il servizio di telemonitoraggi attraverso la comunicazione audiovisiva ed attraverso l'utilizzo di uno specifico kit per il rilevamento dei seguenti parametri:

- pressione arteriosa;
- frequenza cardiaca e respiratoria;
- ECG;
- regolarità ritmo cardiaco;
- glicemia;
- peso corporeo (se necessario);
- saturazione (SpO2).

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

Come funziona:

- 1) l'assicurato comunica l'indirizzo del proprio domicilio dove installare il kit;
- 2) l'assicurato invia la copia della lettera di dimissioni;
- 3) la **Centrale Operativa IPAS** concorda con l'assicurato l'attivazione del servizio (entro 2 giorni lavorativi);
- 4) alla data stabilita, un operatore installa il kit al domicilio dell'assicurato, fornisce le indicazioni per l'utilizzo ed effettua, insieme all'assicurato, il primo collegamento con il **centro medico**;
- 5) nei 30 giorni successivi alla data di dimissioni, due volte a settimana, dal lunedì al venerdì, negli orari concordati con il medico della **Centrale Operativa IPAS**, l'assicurato invia i dati rilevati al centro medico tramite il dispositivo;
- 6) il centro medico commenta i risultati in modo diretto con l'assicurato tramite videoconferenza o teleconferenza;
- 7) alla fine del periodo di 30 giorni successivi alla data del ricovero, l'operatore ritira il kit.

Valido solo in Italia.

Cartella medica personale

Se l'assicurato usufruisce del servizio di telemonitoraggio, può accedere alla propria cartella medica personale, uno spazio protetto online per visualizzare i dati medici relativi al **ricovero** e inviati al centro medico dopo la dimissione.

L'assicurato può condividere l'accesso al suo medico, se lo desidera.

La cartella si disattiva quando il kit viene ritirato.

Valido solo in Italia.

Promemoria terapia post ricovero

Dopo il **ricovero** per infortunio o malattia, l'assicurato può richiedere l'attivazione di un servizio "**Promemoria terapia post ricovero**". In questo caso, l'assicurato contatta la **Centrale Operativa IPAS** per fornire la documentazione medica e la prescrizione della terapia farmacologica.

L'attivazione del servizio 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 attivo per massimo 14 giorni per sinistro; massimo 2 sinistri all'anno.

Valido solo in Italia.

Supporto all'Estero e in viaggio

Si compone di:

Malattia improvvisa o infortunio

In caso di ricovero urgente all'**estero**, in seguito a malattia improvvisa o infortunio dell'assicurato, lo stesso o un suo familiare possono chiamare la **Centrale Operativa IPAS** per organizzare il trasferimento in struttura sanitaria in Italia con i mezzi ritenuti più adeguati alla circostanza.

Se **AXA Partners** giudica non opportuno il trasferimento in Italia, provvede a contattare, tramite un proprio corrispondente, la struttura sanitaria più idonea oppure quella in cui l'assicurato si trova.

AXA Partners verifica la posizione amministrativa e clinica dell'assicurato e provvede ad autorizzare o negare il pagamento delle prestazioni sanitarie, secondo i termini di **polizza**, incluso il trasferimento sanitario (fermi eventuali scoperti, franchigie o limiti di indennizzo).

Se la **polizza** non risulta valida o non è operativa o non efficace, l'assicurato deve restituire le somme anticipate ad **AXA** per il tramite di **AXA Partners** o di un suo corrispondente.

AXA comunica questa situazione con raccomandata. A quel punto l'assicurato ha 30 giorni di tempo per rimborsare le somme ricevute in modo indebito. Se l'assicurato non rispetta i tempi, **AXA** può avviare un'azione legale per il recupero delle somme.

Interprete

In caso di ricovero all'**estero**, in seguito a malattia improvvisa o infortunio dell'assicurato, si rende necessaria la presenza di un interprete per agevolare la comunicazione con i medici, **AXA Partners** lo fornisce fino ad un massimo di 8 ore lavorative per assicurato e anno assicurativo.

L'assicurato o un familiare, può richiedere il servizio attraverso chiamata alla **Centrale Operativa IPAS**.

Collegamento telefonico con la struttura sanitaria

In caso di ricovero all'**estero**, in seguito a malattia improvvisa o infortunio dell'assicurato, può autorizzare la **Centrale Operativa IPAS** a informare i suoi familiari sulle sue condizioni di salute nelle prime 72 ore successive al ricovero, mediante contatto telefonico tra la propria equipe medica e il medico all'estero.

Le notizie cliniche sono comunicate per telefono dopo la richiesta da parte dell'assicurato o di persona terza e previa indicazione del destinatario del messaggio e relativo recapito telefonico dello stesso.

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

Trasmissione e comunicazioni urgenti

Se l'assicurato necessita di effettuare comunicazioni urgenti (ad esempio in caso di ricovero), se non può comunicare con i propri familiari, la **Centrale Operativa IPAS** provvede a inviare il messaggio.

Il limite di comunicazioni da inviare è di 7 messaggi per **sinistro**.

Viaggio di un familiare in caso di ricovero

Se l'assicurato, in seguito a malattia improvvisa o infortunio, subisce ricovero all'**estero** di almeno 3 giorni e ha bisogno della presenza di un familiare, **AXA Partners** fornisce 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

Se l'assicurato, in seguito a malattia improvvisa o infortunio, subisce ricovero all'estero per un periodo superiore a 7 giorni, e ha bisogno della presenza di familiari, **AXA Partners** provvede alle spese di pernottamento in albergo, entro il limite di:

- 80 euro per notte e per persona,
- massimo 1.000 euro per **sinistro**.

La **copertura** delle spese riguarda solo i giorni successivi alla data di rientro prevista.

AXA Partners ha la facoltà di richiedere la documentazione che attesta la durata iniziale del viaggio, anche se su più tappe.

AXA Partners paga solamente le spese di pernottamento e prima colazione.

Rientro dell'assicurato convalescente al proprio domicilio

Se l'assicurato, dopo le dimissioni, non è in grado di entrare nella propria residenza con il mezzo previsto all'inizio, **AXA Partners** organizza e copre le spese di rientro.

La prestazione include anche un familiare o compagno di viaggio.

Rientro/assistenza dei figli minori privi di tutela

Se l'assicurato è in viaggio con figli minori, non può prendersi cura di loro, a seguito di ricovero o decesso, e nessun altro è in grado di farlo, la **Centrale Operativa IPAS** invia un familiare residente nel Paese d'origine a recuperarli.

La **Centrale Operativa IPAS** fornisce loro un biglietto di andata e ritorno (treno di prima classe, aereo classe economica o altro mezzo scelto da **Centrale Operativa IPAS**).

Sono escluse:

- le spese di soggiorno del familiare;
- tutte le altre spese diverse dai biglietti di viaggio.

La prestazione non è prevista se è già stato attivato il servizio "Viaggio di un familiare in caso di **ricovero**".

Reperimento di medicinali urgenti

Nel caso in cui l'assicurato si trova all'estero e necessita di un farmaco indispensabile o salvavita irripetibile, la **Centrale Operativa IPAS** provvede a:

- reperire tramite la propria organizzazione sanitaria internazionale il farmaco corrispondente sul posto o in un paese limitrofo;
- oppure spedirlo dall'Italia con il mezzo più veloce.

AXA Partners copre il servizio di ricerca e spedizione.

Rimangono a carico dell'assicurato:

- il costo del farmaco;
- eventuali diritti doganali (da rimborsare ad AXA Partners alla presentazione della fattura).

Rientro anticipato per malattia o infortunio di un familiare

Se l'assicurato è in viaggio e un suo familiare subisce un **ricovero** in seguito a una **malattia o infortunio** superiore a 48 ore, **AXA Partners** fornisce all'assicurato un biglietto di ritorno (biglietto ferroviario di prima classe o aereo di classe economica) dal luogo di soggiorno al domicilio.

AXA Partners copre solo la differenza di costo rispetto al rientro già previsto dall'assicurato.

Le altre spese (carburante, pedaggi, ecc.) restano a carico dell'assicurato.

In conseguenza di ciò, l'assicurato è 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 Partners**.

Valido in Italia e all'estero.

Estetica oncologica**Trattamento professionale di estetica oncologica**

L'assicurato, a seguito di problematiche emerse nel corso di una terapia oncologica, può usufruire dell'intervento di uno specialista di estetica oncologica APEO, sulla base del protocollo definito dal medico curante.

In questo caso, l'assicurato può contattare la **Centrale Operativa IPAS** per organizzare il trattamento.

Il servizio:

- è svolto da professionisti certificati presso centri convenzionati;
- è fornito con preavviso di almeno 3 giorni.

AXA 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.

Se l'assicurato ha necessità di richiedere altri trattamenti, può effettuarli a tariffe convenzionate, ma a suo carico.

Valido solo in **Italia**.

Informazioni e consigli sanitari

Si compone di:

Informazioni sulla sanità

L'assicurato, un suo familiare o il medico curante, in caso di urgenza, può contattare la **Centrale**

Operativa IPAS per ricevere informazioni su:

- reperimento dei mezzi di soccorso;
- reperimento dei medici generici e specialisti;
- strutture sanitarie;
- localizzazione di centri di cura generica e specialistica pubblici e privati;
- modalità di accesso a strutture sanitarie pubbliche e private;
- sanità pubblica in Italia (esempio: esenzioni, ticket, gravidanza, farmaci, medico di famiglia, rimborsi, liste di attesa);
- reperibilità di farmaci;
- informazioni sanitarie specifiche del paese **estero** di destinazione (profilassi e vaccinazioni, farmaci utili in viaggio, documentazione sanitaria, clima, servizi sanitari in loco, ecc.).

Le informazioni fornite hanno carattere indicativo e di primo indirizzo.

AXA Partners fornisce le informazioni entro il giorno lavorativo successivo.

Valido in Italia e all'**estero**.

Ricerche medico-scientifiche e protocolli di cura

L'assicurato, un suo familiare o il medico curante, in caso di urgenza, può contattare la **Centrale**

Operativa IPAS per ricevere informazioni per una patologia diagnosticata allo stesso.

Le informazioni possono essere relative a:

- ricerche medico-scientifiche;
- protocolli di cura;
- decorso o riabilitazione.

La **Centrale Operativa IPAS** invia i risultati della ricerca all'assicurato:

- entro 3 giorni lavorativi dalla richiesta;
- oppure entro 6 giorni, in caso di traduzione.
- tramite e-mail o lettera, come concordato.

Il servizio è limitato a una ricerca all'anno per **assicurato**.

Valido in Italia e all'**estero**.

Gravidanza e nascita

L'assicurato, in caso di urgenza, può contattare la **Centrale Operativa IPAS** per ricevere informazioni su:

- indicazioni mediche e paramediche durante l'intero periodo di gravidanza;
- maternità e nidi;
- pratiche amministrative.

Valido solo in **Italia**.

Cellule staminali cordone ombelicale

L'assicurato, durante la gravidanza, in caso di urgenza, può contattare la **Centrale Operativa IPAS** per ricevere informazioni su:

- donazione eterologa;
- crioconservazione privata;
- strutture italiane o estere che offrono il servizio.

La prestazione deve essere richiesta entro 60 giorni la data del presunto parto, tramite **Centrale**

Operativa IPAS, che si occuperà di fornire informazioni sulle Strutture che offrono tale servizio.

Il servizio informativo è gratuito, ma i costi della donazione eterologa e della crioconservazione privata, restano a carico dell'assicurato.

Valido solo in **Italia**.

Reperimento contatti di Assistenza domiciliare

Se l'assicurato, a seguito di infortunio o malattia improvvisa, ha bisogno di una prestazione di assistenza domiciliare, la **Centrale Operativa IPAS** fornisce informazioni sulla ricerca di strutture o di figure professionali come:

- baby sitter;
- dog sitter;
- badante;
- collaboratore domestico;
- infermiere;
- fisioterapista;
- autista.

L'organizzazione degli appuntamenti (e delle eventuali disdette) e le spese delle prestazioni, rimangono a carico dell'assicurato.

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

Valido solo in **Italia**.

Supporto sanitario e pratico nella quotidianità

La **copertura** si attiva in caso di **malattia** o **infortunio** dell'**assicurato**, comprovati da certificato medico.

AXA Partners copre fino a 2.500 euro per **sinistro** e per **assicurato**, con massimo 3 sinistri per anno e per **assicurato**. La seguente sezione si compone di: **Area sanitaria e Area pratica**.

Le prestazioni vanno richieste entro 90 giorni da:

- l'**infortunio**;
- la data del certificato medico per **malattia**;
- la data di dimissione in caso di **ricovero**.

La prestazione si applica anche all'assicurato genitore di un neonato, entro 60 giorni successivi al parto se il neonato non è stato dimesso dall'istituto di cura.

Il **massimale** indicato è a lordo d'imposta o altro onere stabilito per legge.

Il **massimale** non è cumulabile tra sinistri. Se l'**assicurato** lo supera, la parte eccedente è a suo carico.

La **Centrale Operativa IPAS** comunica l'eventuale eccedenza al momento del sinistro con indicazione del relativo preventivo. L'importo comunicato è indicativo perché soggetto a possibili variazioni dell'effettivo servizio erogato.

E' esclusa pertanto ogni responsabilità della **Centrale Operativa IPAS** per importi diversi per importi diversi a quanto comunicato e che non rientrano in copertura.

L'assicurato può accettare o chiedere una prestazione alternativa, tra quelle disponibili.

La **Centrale Operativa IPAS** e/o il medico valuta la correttezza e l'opportunità della richiesta al momento del sinistro e può richiedere eventuale documentazione di supporto (esempio: lettera di dimissione ospedaliera, prescrizioni medica di fisioterapia, prescrizione medica di presidi medicochirurgici funzionali alla riabilitazione)

La **Centrale Operativa IPAS** può contattare l'**assicurato** dopo l'attivazione del servizio per verificare se l'assistenza è ancora necessaria o se è guarito.

Se l'assicurato ha un **ricovero** programmato, può contattare la **Centrale Operativa IPAS** o accedere all'Area Salute AXA per chiedere le prestazioni con almeno 2 giorni lavorativi di preavviso.

Se le prestazioni non sono più necessarie, l'assicurato deve contattare la **Centrale Operativa IPAS** per comunicarlo.

Valide solo in **Italia**.

Area sanitaria**1. Assistenza infermieristica a domicilio**

Se l'assicurato necessita, sulla base di certificazione medica, di personale specializzato (infermieristico o socio-assistenziale), può contattare la **Centrale Operativa IPAS** per il reperimento e l'invio di personale convenzionato. La ricerca e selezione è effettuata in base alla tipologia del problema per offrire la migliore soluzione possibile.

AXA copre il costo della prestazione.

2. Assistenza infermieristica H24 nella struttura di ricovero

In caso di ricovero, l'assicurato, può richiedere alla **Centrale Operativa IPAS** il reperimento e l'invio di personale convenzionato specializzato (infermieristico o socio-assistenziale) per ricevere assistenza continua (notturna o diurna) presso la struttura di ricovero.

L'assistenza può essere erogata se:

- viene fornita la dichiarazione del medico ospedaliero;
- non ci sono familiari disponibili per assisterlo;

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

La ricerca e selezione è effettuata in base alla tipologia del problema per offrire la migliore soluzione possibile.

AXA copre il costo della prestazione.

3. Invio fisioterapista a domicilio

Se l'assicurato, in caso di urgenza, sulla base di certificazione medica, ha la necessità di un fisioterapista a domicilio, può richiedere alla **Centrale Operativa IPAS** l'invio di personale convenzionato specializzato.

La ricerca e selezione è effettuata in base alla tipologia del problema per offrire la migliore soluzione possibile.

AXA copre il costo della prestazione.

4. Prelievo campioni a domicilio

Se l'assicurato, necessita di effettuare un urgente esame ematochimico, può richiederlo alla **Centrale Operativa IPAS** di organizzare il prelievo presso il suo domicilio.

AXA copre i costi del prelievo mentre restano a carico dell'assicurato i costi degli esami e degli accertamenti diagnostici effettuati da laboratori convenzionati.

5. Ritiro di esami ed analisi di laboratorio o accertamenti diagnostici

Se l'assicurato, necessita di ritirare con urgenza i referti di accertamenti diagnostici prescritti dal medico curante, può richiederlo alla **Centrale Operativa IPAS** di recapitarli presso il proprio domicilio o consegnarli al medico curante.

La **Centrale Operativa IPAS** invia un proprio corrispondente al domicilio dell'assicurato per ritirare la delega e i documenti.

AXA copre il costo della consegna degli esiti mentre il costo degli esami resta a carico dell'assicurato.

6. Presidi medico-chirurgici

Se l'assicurato, in possesso di prescrizione medica, ha bisogno di uno dei seguenti presidi medico chirurgici:

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

può contattare la **Centrale Operativa IPAS**.

La Centrale provvede a reperirlo, se disponibile in comodato d'uso, per il periodo necessario alle esigenze dell'assicurato, fino a un massimo di 60 giorni per **sinistro**.

Se per cause non dipendenti alla volontà della **Centrale Operativa IPAS**, risulta impossibile reperire o fornire tali presidi, **AXA** rimborsa il costo del noleggio.

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

7. Ecografia o radiografia a domicilio

Se l'assicurato, in caso di malattia o infortunio, sulla base di certificazione medica, ha la necessità di effettuare con urgenza una ecografia o una radiografia, e non può recarsi presso la struttura, può richiedere alla **Centrale Operativa IPAS**, di organizzare la prestazione presso il suo domicilio.

L'assicurato può richiedere il servizio con almeno 2 giorni di preavviso.

AXA copre il costo della prestazione. La prestazione è disponibile in forma diretta solo nei grossi centri urbani; al di fuori di questi si procede al rimborso della prestazione.

Area pratica**1. Invio collaboratore domestico**

Se l'assicurato necessita di aiuto urgente in casa, e non può occuparsi delle faccende domestiche, per infortunio o malattia, può richiedere alla **Centrale Operativa IPAS** di reperire e inviare un collaboratore domestico presso il suo domicilio.

AXA copre il costo della prestazione.

2. Invio baby sitter

Se l'assicurato non può occuparsi, sulla base di certificazione medica, dei suoi figli minori di 12 anni e nessun familiare può farlo, può richiedere alla **Centrale Operativa IPAS** di reperire e inviare un/una baby sitter presso il suo domicilio.

AXA copre il costo della prestazione.

3. Dog sitter

Se l'assicurato non può occuparsi, sulla base di certificazione medica, del suo cane, può richiedere alla **Centrale Operativa IPAS** di reperire e inviare un/una dog sitter presso il suo domicilio.

AXA copre il costo della prestazione.

4. Disbrigo commissioni quotidiane urgenti

Se l'assicurato non può occuparsi di commissioni quotidiane urgenti (es. rifacimento chiavi, rinnovo documenti, pagamento bollette, incombenze amministrative), può richiedere alla **Centrale Operativa IPAS** il disbrigo delle stesse.

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

AXA copre solo il costo del personale incaricato.

5. Autista sostitutivo

Se l'assicurato, a giudizio del servizio medio della **Centrale Operativa IPAS**, non può guidare il suo veicolo in sicurezza e nessuno può sostituirlo, la Centrale fornisce un autista sostitutivo per riportare il veicolo a casa o proseguire il viaggio entro i confini nazionali con il percorso più diretto.

AXA copre solo le spese di spostamento per recarsi sul luogo dove si trova il veicolo e i costi dell'autista.

6. Invio badante

Se l'assicurato o uno dei suoi genitori sotto la sua responsabilità, necessita di un/una badante, potrà richiedere alla **Centrale Operativa IPAS** di reperire e inviare presso il suo domicilio un/una professionista che può 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 copre il costo della prestazione.

7. Invio spesa a casa

Se l'assicurato non può provvedere in autonomia alla spesa, può richiedere alla **Centrale Operativa IPAS** di effettuare la consegna al suo domicilio di generi alimentari o di beni di prima necessità.

La **Centrale Operativa IPAS** invia un suo corrispondente per il ritiro del denaro e della nota per l'acquisto e consegna la spesa entro le 24 ore successive.

AXA copre il costo della consegna. Il costo dei generi alimentari è a carico dell'assicurato.

8. Assistenza non specialistica H24 presso l'istituto di cura

Se, durante un **ricovero**, per infortunio o malattia, l'assicurato ha bisogno di ricevere urgente assistenza notturna o diurna, può richiedere alla **Centrale Operativa IPAS** il reperimento e l'invio di personale non specializzato per assistenza presso l'istituto di cura nelle piccole necessità quotidiane (es. camminare, mangiare), o presenza notturna.

AXA copre il costo della prestazione.

La prestazione viene fornita con un preavviso minimo di almeno 24 ore.

Valido solo in alcune province italiane. L'elenco aggiornato delle province è disponibile nella pagina di prodotto Protezione Salute sul sito axa.it oppure tramite la **Centrale Operativa IPAS**.

9. Accompagnamento per visite o cicli di terapia

Se l'assicurato, in seguito a infortunio o malattia non può spostarsi in autonomia dal suo domicilio alla struttura sanitaria e viceversa per una visita medica o per cicli di terapia (prescritti dal medico curante), la **Centrale Operativa IPAS** organizza il servizio di accompagnamento. La **Centrale Operativa IPAS** gestisce lo spostamento e affianca l'assicurato nelle varie attività, quali ad esempio: l'accettazione presso lo sportello, la compilazione dei moduli/richieste, il reperimento di una sedia a rotelle, il ritiro dei referti, l'acquisto dei farmaci prescritti e il recepimento di indicazioni del medico.

La famiglia dell'assicurato può essere informata sullo svolgimento e gli esiti della giornata se l'assicurato lo richiede e autorizza la **Centrale Operativa IPAS**.

Per i cicli di terapie, la **Centrale Operativa IPAS** organizza il servizio di accompagnamento dell'assicurato dalla sua 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.

Il calendario della terapia viene sin da subito pianificato dalla **Centrale Operativa IPAS** per l'intero ciclo e se si verificano cambiamenti nella programmazione, la **Centrale Operativa IPAS** si adegua e garantisce il servizio di accompagnamento all'assicurato per consentire la corretta fruizione della terapia.

E' disponibile un servizio di "promemoria" per permettere all'assicurato di rispettare con precisione appuntamenti ed orari.

AXA copre il costo della prestazione.

La prestazione viene fornita con un preavviso minimo di almeno 48 ore.

Valido solo in alcune province italiane. L'elenco aggiornato delle province è disponibile nella pagina di prodotto Protezione Salute sul sito axa.it oppure tramite la **Centrale Operativa IPAS**.

Art. 26 I Esclusioni

Le prestazioni di assistenza valgono in caso di **malattia** o **infortunio**, nel rispetto di quanto indicato all'Art. 16 - "Termini di aspettativa" e Art. 17 - "Esclusioni".

Il servizio di Parere medico complementare non è soggetto a questi limiti.

Non sono previste prestazioni nei seguenti casi:

- viaggi estremi in zone raggiungibili solo con mezzi di soccorso speciali;
- ricerche dell'**assicurato** in mare, lago, montagna o deserto;
- prestazioni o spese non autorizzate da **AXA Partners**.

Per il servizio di parere medico complementare, **AXA Partners** non risponde di:

- documentazione non ricevuta o danneggiata;
- tutto ciò che concerne l'operato dello specialista che fornisce il parere.

Art. 27 I Limiti di esposizione

Massimali e rimborsi

- I massimali di ogni singolo servizio si intendono per ogni **assicurato** e per ogni evento dannoso.
- Sono indicati al lordo di imposte o altri oneri di legge.

L'organizzazione di uno dei servizi indicati su iniziativa dell'assicurato o di una terza persona può dar luogo a rimborso solo se **AXA Partners** dà il suo assenso sui mezzi da utilizzare.

Per ottenere il **rimborso**, l'assicurato deve presentare giustificativi validi, come fatture, certificati o note.

Rimborsi non dovuti

Se **AXA Partners** accerta che:

- la **polizza** non è valida;
- non ci sono le condizioni per attivare la **copertura**;
- oppure la polizza è inefficace;

l'assicurato deve rimborsare le somme ricevute in maniera indebita.

Tale circostanza viene comunicata all'assicurato con lettera raccomandata, il quale deve rimborsare **AXA**, entro 30 giorni dalla comunicazione, delle somme che questa, per il tramite di **AXA Partners**, ha corrisposto.

Se l'assicurato non rispetta i termini sopra riportati, **AXA** può agire legalmente per recuperare quanto liquidato in maniera indebita.

Art. 28 I Responsabilità

AXA e **AXA Partners** non sono responsabili di eventuali ritardi o impedimenti nei servizi di assistenza causati da eventi esclusi o da circostanze imprevedibili e fortuite.

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

GARANZIA ASSISTENZA			
Garanzia	Sezione	Prestazione	Limite di <i>indennizzo</i>
Assistenza base (Art.24)	Consulto con medici specialisti	Consulenza: cardiologo, ortopedico, ginecologo, neurologo	5 prestazioni per specialista per assicurato e per anno assicurativo
	Consulenza psicologica	Consulenza psicologo	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 specialisti	Consulenza: cardiologo, ortopedico, ginecologo, urologo, dermatologo, neurologo, allergologo	5 prestazioni per specialista per assicurato e per anno assicurativo
	Consulenza psicologica	Consulenza psicologo	2 prestazioni (5 sedute per ciascuna prestazione) per assicurato e per anno assicurativo
	Consulenza nutrizionale	Consulenza nutrizionista	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 euro per persona e per sinistro
	Consegna del farmaco a domicilio	Consegna del farmaco 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	Interprete	massimo 8 ore lavorative per assicurato e per anno assicurativo
		Trasmissione e comunicazioni urgenti	Massimo 7 messaggi per sinistro
		Prolungamento soggiorno dei familiari per ricovero dell' assicurato	Spese di pernottamento 80 euro per notte e per persona e 1.000 euro per sinistro
	Estetica Oncologica	Trattamento professionale di estetica oncologica	5 trattamenti per anno assicurativo
	Informazioni e consigli sanitari	Ricerche medico scientifiche e protocolli di cura	1 ricerca all'anno per assicurato
	Supporto sanitario e pratico nella quotidianità	Area Sanitaria e Area Pratica	2.500 euro per assicurato e per sinistro , fino a un massimo di 3 sinistri per assicurato e per anno assicurativo

Come attivare le prestazioni

Art. 30 I Come richiedere i servizi di assistenza

Puoi richiedere i servizi di assistenza in due modi:

1. tramite l'Area Salute su:
 - app My AXA;
 - sito axa.it;
 - sito lamiasalute.axa.it;
2. chiamando **AXA Partners**:
 - Numero Verde 800.27.13.43 (dall'Italia);
 - +39.06.42.11.55.05 (dall'estero);
 servizio attivo 24 ore su 24, 7 giorni su 7.

Per ricevere assistenza in modo più rapido, tieni a portata di mano:

- il numero di **polizza**;
- nome e cognome dell'**assicurato**;
- indirizzo attuale o recapito temporaneo (telefono, indirizzo, ecc.);
- eventuali informazioni utili in base al servizio richiesto.

Se l'assicurato non usufruisce di una o più prestazioni di assistenza, o non contatta prima la **Centrale Operativa IPAS**, **AXA Partners** non riconosce indennizzi né prestazioni alternative a compensazione.

Ogni diritto nei confronti di **AXA Partners**, che deriva dal contratto, si prescrive nel termine di un anno dalla data dell'evento.

Art. 31 I Come richiedere il servizio di Parere Medico Complementare

Per ricevere un parere medico complementare, l'assicurato deve:

Contattare la **Centrale Operativa IPAS** al numero verde 800.27.13.43. Dopo aver verificato la richiesta, la Centrale:

- apre il dossier;
- comunica le modalità del servizio;
- invia la scheda di informazione personale.

Spedire ad **AXA Partners** (Centrale Operativa medica - Via Carlo Pesenti 121 - 00156 ROMA):

- la documentazione clinica completa;
- la scheda di informazione personale, firmata dall'assicurato dal suo medico curante;
- l'autorizzazione a contattare il medico curante dell'assicurato;
- l'autorizzazione ad **AXA Partners** circa il trattamento dei dati forniti ai sensi dell'Informativa sulla Privacy.

L'équipe medica di **AXA Partners**, tramite la **Centrale Operativa IPAS**:

- supporta l'assicurato nella raccolta della documentazione clinica completa (dati anamnestici ed esami diagnostici eseguiti) e nella compilazione della "scheda di informazione personale";
- verifica che la documentazione sia completa e chiede eventuali integrazioni all'assicurato e 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 IPAS**;
- comunica all'assicurato il nome dello specialista o del centro a cui ha inviato la documentazione;
- trasmette il parere medico complementare all'assicurato o al suo medico curante, con:
 - l'opinione dello specialista sul caso clinico;
 - eventuali suggerimenti terapeutici;
 - risposte alle eventuali domande inviate;
- restituisce la documentazione all'assicurato, se lo richiede.

Art. 32 I Comunicazioni e variazioni

Tutte le comunicazioni da parte tua, dell'assicurato, o degli aventi diritto, salvo le richieste telefoniche alla **Centrale Operativa IPAS**, devono essere inviate:

- con lettera raccomandata;
- oppure tramite posta elettronica certificata (PEC), agli indirizzi indicati nelle Condizioni di **Assicurazione**.

Condizioni di Assicurazione

Norme che regolano l'assicurazione – norme comuni

Norme comuni

Art. 33 I Estensione territoriale

L'**assicurazione** è valida in tutto il mondo, tranne in alcuni casi indicati nelle prestazioni di Assistenza (numero 24 e 25).

Art. 34 I Eventi naturali catastrofici

La **copertura** è valida anche per gli infortuni causati da movimenti tellurici, inondazioni o eruzioni vulcaniche, ma solo se l'**assicurato** è rimasto vittima degli eventi al di fuori del comune dove risulta residente.

Art. 35 I Rischio guerra

L'**assicurazione** copre gli infortuni causati da guerra (dichiarata o non) o insurrezione popolare, per massimo 14 giorni dall'inizio delle ostilità o dell'insurrezione.

La **copertura** vale solo se l'**assicurato** si trova in modo temporaneo all'**estero** in un Paese fino a quel momento in pace, e viene sorpreso dallo scoppio del conflitto.

Sono esclusi gli infortuni derivanti da guerra e insurrezione popolare che colpiscono l'**assicurato** nel territorio della Repubblica Italiana, della Città del Vaticano e della Repubblica di San Marino.

Art. 36 I Altre assicurazioni

Tu o l'**assicurato** dovete comunicare per iscritto ad **AXA** l'esistenza e la successiva stipula di altre assicurazioni per lo stesso **rischio**.

In caso di **sinistro**, tu o l'**assicurato** dovete avvisare tutte le compagnie coinvolte, tramite indicazione anche del nome delle altre.

In caso di più **Assicurazioni**, si applica la normativa del Codice Civile².

Quanto sopra opera anche se l'**assicurazione** è con Enti, Casse o Fondi integrativi sanitari.

Art. 37 I Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

Se tu o l'**assicurato** fornite dichiarazioni inesatte o siete reticenti riguardo a circostanze che influiscono sulla valutazione del **rischio**, ciò può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'**indennizzo** o la stessa cessazione del contratto³.

Art. 38 I Questionario sanitario

Il **Questionario sanitario** è parte integrante del contratto. In questo documento l'**assicurato** dichiara:

- i propri dati anamnestici;
- le malattie e stati patologici conosciuti o già diagnosticati prima della stipula della **polizza**.

L'**assicurato** deve compilarlo in modo completo e veritiero, senza omissioni, perché contiene informazioni fondamentali per la valutazione del **rischio** da parte di **AXA**.

Il **Questionario sanitario** deve essere sottoscritto:

- dall'**assicurato** stesso;
- da chi esercita la responsabilità genitoriale, se l'**assicurato** è minorenne.

La sottoscrizione è necessaria sia in caso di nuova emissione di contratto sia in caso di sostituzione della **polizza**.

Se le dichiarazioni rese dall'**assicurato** nel **Questionario sanitario** risultano inesatte o reticenti, possono determinare:

- la perdita totale o parziale del diritto all'**indennizzo**;
- la cessazione dell'assicurazione;

come previsto dall'Art. 37 - Dichiarazioni relative alle circostanze del **rischio**.

Art. 39 I Pagamento del **premio** e decorrenza dell'assicurazione

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato in **polizza**, ma solo se hai pagato il **premio** o la prima rata di **premio**.

Se invece paghi in un momento successivo rispetto al giorno indicato in **polizza**, l'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento.

Devi pagare il **premio** all'Agenzia a cui è assegnata la **polizza** oppure ad **AXA**.

Se non paghi i premi o le successive rate di **premio**, l'assicurazione si sospende a partire dalle ore 24 del 30° giorno dopo quello della scadenza (salvo che in **polizza** sia indicato un termine diverso). La **copertura** riprende dalle ore 24 del giorno in cui effettui il pagamento, ferme le successive scadenze⁴.

Se paghi il **premio** o le successive rate di **premio** con oltre 90 giorni di ritardo rispetto alla scadenza stabilita del contratto, i **termini di aspettativa** previsti nell'art. 15 si ricalcolano a partire dalle ore 24 del giorno in cui avviene il pagamento.

Art. 40 I Indicizzazione e adeguamento automatico del **premio**

Per le garanzie della sezione **Malattia**, **AXA** applica un adeguamento automatico alle seguenti voci:

- somme assicurate (compresa l'indennità sostitutiva);
- limiti di **indennizzo**;
- franchigie espresse in Euro;
- **premio**.

L'adeguamento si basa sull'indice pubblicato dall'ISTAT, secondo queste modalità:

- Si adotta il valore medio dell'indice dei prezzi al consumo per l'intera collettività (NIC), relativo al raggruppamento 6 - servizi sanitari e spese per la salute - in modo esclusivo per queste voci:
 - 0621: servizi medici;
 - 062311: accertamenti di laboratorio;
 - 062312: accertamenti specialistici;
 - 063: servizi ospedalieri.
- Nel corso di ogni anno solare, si prende come base di riferimento iniziale e per gli aggiornamenti, l'indice del mese di giugno dell'anno precedente.
- Ad ogni scadenza annuale della polizza, se l'indice è aumentato rispetto a quello iniziale o rispetto a quello dell'ultimo adeguamento (indice base), **AXA** applica l'adeguamento in base al rapporto tra il nuovo indice (indice di scadenza) e quello precedente (indice base). Se invece l'indice è diminuito, non viene applicata alcuna riduzione.
- Le variazioni si applicano a partire dalla scadenza della rata annua, con rilascio di una quietanza aggiornata in base al nuovo indice di riferimento (indice di scadenza).

Se l'ISTAT ritarda o interrompe la pubblicazione dell'indice, oppure modifica i raggruppamenti sottostanti all'indice dei prezzi al consumo per l'intera collettività (NIC), **AXA** può utilizzare altri indicatori equivalenti.

L'adeguamento automatico del **premio** per indicizzazione si applica dopo la maggiorazione del **premio** prevista nell'Art. 41 - "Aggiornamento automatico del **premio** in base all'età dell'**assicurato**".

⁴ Cfr. Articolo 1901 - Codice Civile

Condizioni di Assicurazione

Norme che regolano l'assicurazione – norme comuni

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

Per le 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* si aggi in base all'età di ciascun *assicurato*, calcolata alla scadenza con applicazione delle percentuali previste nella tabell sottostante:

% aumento del <i>premio</i> anno su anno							
Età (anni)	Ricoverie 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	0	-	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* si calcola in base all'età dell'*assicurato*, tramite utilizzo della percentuale di adeguamento prevista nella tabella.

Dopo questo calcolo, si applica l'indicizzazione prevista dall'Art. 40 – “Indicizzazione e adeguamento automatico del premio” .

Al premio imponibile annuale che risulta dai descritti adeguamenti, si applicano le imposte previste per legge, tenuto conto dell'eventuale frazionamento in rate.

Condizioni di Assicurazione

Norme che regolano l'assicurazione – norme comuni

Art. 42 I Periodo di assicurazione, proroga

Il contratto può durare un anno o più anni e può includere il tacito rinnovo.

Se il contratto dura un anno con tacito rinnovo, alla scadenza contrattuale si rinnova per un altro anno, salvo disdetta inviata con preavviso di almeno 30 giorni prima della scadenza annuale, mediante lettera raccomandata o posta elettronica certificata.

Se il contratto dura più anni con tacito rinnovo, alla scadenza contrattuale si rinnova ogni anno, salvo disdetta inviata con preavviso di almeno 30 giorni prima della scadenza annuale, mediante lettera raccomandata o posta elettronica certificata.

Secondo l'articolo del Codice civile⁵ solo tu hai il diritto di recedere dal contratto pluriennale alla scadenza di ciascuna annualità, con preavviso di almeno trenta 30 giorni prima della scadenza annuale, mediante comunicazione inviata via raccomandata con ricevuta di ritorno o posta elettronica certificata.

Art. 43 I Alcolismo e Tossicodipendenza

A prescindere dalla concreta valutazione dello stato di salute, **AXA** può far cessare l'assicurazione per gli assicurati affetti da alcolismo o tossicodipendenza.

Può farlo alla fine di ogni **anno assicurativo** successivo alla **manifestazione** di queste patologie, tramite invio di una lettera raccomandata almeno 30 giorni prima della scadenza annuale della **polizza**.

Art. 44 I Cessazione o scomparsa del Contraente

Se sei una persona giuridica e cessi l'attività, oppure sei una persona fisica e scompari, **AXA** trattiene il **premio** già pagato.

Il contratto si annulla in modo automatico dalla data della cessazione o della scomparsa, senza bisogno di disdetta da parte di **AXA**.

Se ci sono altri assicurati in **copertura**, il contratto resta valido fino alla scadenza dell'ultima rata pagata. Dopo quella data, si annulla in modo automatico, salvo che uno degli assicurati chieda entro 6m giorni di continuare la **copertura** alle stesse condizioni.

Art. 45 I Recesso per limiti di età

Salva la facoltà di disdetta, le **parti**, in caso di durata del contratto di più anni, possono recedere dall'**assicurazione** con preavviso di almeno 30 giorni ad ogni scadenza annuale successiva al compimento del 75° anno di età dell'**assicurato** o anche di uno solo di essi in caso di pluralità di assicurati.

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

Hai la facoltà di disdire il contratto con un preavviso di almeno 30 giorni, in occasione di ogni scadenza annuale. Devi inviare la comunicazione tramite raccomandata o posta elettronica certificata.

Il contratto cessa nei seguenti casi:

Senza bisogno di disdetta:

- Art. 44 - Cessazione o scomparsa del **Contraente**;

Con disdetta da parte di AXA:

- Art. 37 - Dichiarazioni sulle circostanze del **rischio**;
- Art. 38 - **Questionario sanitario**;
- Art. 43 - Alcolismo e tossicodipendenza;
- Art. 45 - Recesso per limiti di età.

Art. 47 I Oneri fiscali

Gli oneri fiscali dell'**assicurazione** sono a tuo carico.

Questo **contratto** è soggetto all'imposta sulle assicurazioni in vigore in Italia.

Se in corso di durata del contratto cambi:

- **residenza**, nel caso di persona fisica;
- **sede legale**, in caso di persona giuridica;

presso altro Paese membro dell'Unione Europea, devi comunicare ad **AXA** il trasferimento:

- per iscritto;
- non oltre i 30 giorni dallo stesso;
- in tempo utile per gli adeguamenti del **premio** necessari in prossimità del pagamento.

Inoltre, devi effettuare il trasferimento nel rispetto della legislazione fiscale del Paese di nuova residenza.

AXA provvede a completare gli adempimenti dichiarativi e il pagamento del tributo per tuo conto.

Se non comunichi il trasferimento, **AXA** può chiederti di restituire le somme versate all'Autorità fiscale dello

⁵ Cfr. art. 1899 - Codice Civile

Condizioni di Assicurazione

Norme che regolano l'assicurazione – norme comuni

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

Art. 48 I Modifiche dell'assicurazione

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

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

Le **parti** rinunciano al diritto di disdetta in caso di **sinistro**.

Art. 50 I Rinuncia al diritto di rivalsa

AXA rinuncia al diritto di rivalsa nei confronti dell'**assicurato** o dei suoi eredi⁶.

Art. 51 I Assicurazione per conto altrui – Titolarità dei diritti e degli obblighi nascenti dalla polizza

Gli obblighi che derivano dall'**assicurazione** spettano a te (il **contraente**), tranne quelli che per loro natura possono essere eseguiti solo dall'**assicurato**⁷.

Art. 52 I Foro competente

In caso di controversia, il foro competente è quello del luogo di residenza o di domicilio elettivo tuo o dell'**assicurato**.

Art. 53 I Rinvio alle norme di legge

Per quello che non viene in modo diverso regolato qui, valgono le norme di legge.

Art. 54 I Forma delle comunicazioni

Tutte le comunicazioni previste dal contratto devono essere formulate per iscritto.

Le comunicazioni ad **AXA**, a uno dei seguenti indirizzi:

- sede legale;
- domicilio digitale pubblicato nel registro delle imprese (cfr. note societarie su www.axa.it).

Le comunicazioni all'Agente al quale è assegnata la **polizza**, ad uno dei seguenti indirizzi:

- sede dell'Agenzia;
- domicilio digitale pubblicato nel Registro delle Imprese;
- Registro IVASS degli Intermediari assicurativi (cfr. RUI; www.ivass.it).

Le comunicazioni ricevute dall'Agente si intenderanno fatte ad **AXA**.

Sono ammesse anche tecniche di comunicazione a distanza.

- Cosa sono le "tecniche di comunicazione a distanza"?

Sono tecniche di contatto con la clientela che, senza la presenza fisica e simultanea del distributore e del **contraente** (ad esempio internet, telefono), si utilizzano per vendere a distanza contratti assicurativi e riassicurativi.

Art. 55 I 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 alcun **indennizzo** in virtù del presente contratto, qualora tale **copertura**, pagamento o **indennizzo** 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.

⁶ Cfr. Articolo 1916 - Codice civile

⁷ Cfr. Articolo 1891 - Codice civile

Condizioni di Assicurazione

Norme che regolano l'assicurazione – norme comuni

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

Fermo quanto indicato all'Art. 39 "Pagamento del **premio** e decorrenza dell'assicurazione", se hai concluso il contratto tramite l'utilizzo di tecniche di comunicazione a distanza, l'assicurazione decorre dalle ore 24 del giorno in cui **AXA** ha raccolto la tua volontà di sottoscrivere il presente contratto (data di effetto del contratto).

Da quel momento, **AXA** garantisce all'**assicurato** le prestazioni previste dal contratto, a condizione che tu versi il **premio** e salvo il diritto di recesso che ti consente la Legge.

Hai comunque il diritto di recedere dalla **copertura** entro 14 giorni dalla data dell'addebito del **premio**.

Se eserciti il recesso, **AXA** ti restituisce la parte di **premio** pagato e non goduto, al netto degli oneri fiscali che, per legge, restano a tuo carico.

Condizioni di Assicurazione

Norme che regolano l'assicurazione – Allegato 1: ELENCO Patologie Gravi

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.

Condizioni di Assicurazione

Norme che regolano l'assicurazione – Allegato 1: ELENCO Patologie Gravi

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: emotrasfusioni, terapie con agenti stimolanti del midollo, agenti immuno-soppressivi o trapianto di midollo osseo.
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 (evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca all'assicurato gravi lesioni fisiche obiettivamente) 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).

Condizioni di Assicurazione

Norme che regolano l'assicurazione – norme comuni

Articoli di legge

Codice Civile
Art. 1891 - 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.
Art. 1892 - 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.
Art. 1893 - 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.
Art. 1894 - Assicurazione in nome o per conto di terzi Nelle assicurazioni in nome e 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 articoli 1892 e 1893.
Art. 1899 - Durata dell'assicurazione L'assicurazione ha effetto dalle ore ventiquattro del giorno della conclusione del contratto alle ore ventiquattro dell'ultimo giorno della durata stabilita nel contratto stesso. L'assicuratore, in alternativa ad una copertura di durata annuale, può proporre una copertura di durata poliennale a fronte di una riduzione del premio rispetto a quello previsto per la stessa copertura del contratto annuale. In questo caso, se il contratto supera i cinque anni, l'assicurato, trascorso il quinquennio, ha facoltà di recedere dal contratto con preavviso di sessanta giorni e con effetto dalla fine dell'annualità nel corso della quale la facoltà di recesso è stata esercitata. Il contratto può essere tacitamente prorogato una o più volte, ma ciascuna proroga tacita non può avere una durata superiore a due anni. Le norme del presente articolo non si applicano alle assicurazioni sulla vita.
Art. 1910 - 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'art. 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 rimosse 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.

Condizioni di Assicurazione

Norme che regolano l'assicurazione – norme comuni

Art. 1913 - 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 intervengono entro il detto termine alle operazioni di salvataggio o di constatazione del sinistro.

Nelle assicurazioni contro la mortalità del bestiame l'avviso, salvo patto contrario, deve essere dato entro ventiquattro ore.

Art. 1916 - 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.

INFORMATIVA GENERALE SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Ultimo aggiornamento: ottobre 2025

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, o 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, o 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 assicurativa⁷

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 direttamente da lei o da altri soggetti⁸), 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 tecnologici⁹ e/o dati ancora da acquisire, alcuni dei quali ci debbono essere forniti da lei o da terzi per obbligo di legge¹⁰).

Per questa finalità, AXA utilizzerà i suoi **dati personali** nell'ambito delle seguenti attività, indicati a titolo esemplificativo:

- 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, statistiche di mercato e di sviluppo per migliorare processi e strumenti della Compagnia;
- 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 e 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 comunicati¹¹.

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).

⁷ 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 derivanti; 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.

⁸ 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.

⁹ 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 e al dispositivo, in relazione alle specifiche polizze auto o contratti di servizio.

¹⁰ Ad esempio, ai sensi della normativa contro il riciclaggio di denaro, in materia fiscale e antiterrorismo

¹¹ 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 e altri canali di acquisizione e gestione di contratti di assicurazione; banche, Società di Gestione del Risparmio, SIM.

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**¹², 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.

Il consenso che le chiediamo riguarda pertanto anche gli specifici trattamenti e le comunicazioni all'interno della "catena assicurativa"¹³ 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 e 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 e 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.

¹² 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.

¹³ 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

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 e i nostri prodotti e per informarla sulle novità e le opportunità di suo interesse, le chiediamo 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 e 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 e 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 e 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 e 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 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 rischio 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 e altri canali di acquisizione e gestione di contratti di assicurazione; banche, Società di Gestione del Risparmio, SIM; legali; periti; medici; officine; centri di demolizione di autoveicoli;
- società di servizi per il quietanzamento; società di servizi a cui siano affidati la gestione, la liquidazione e 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 e 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 e, 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) e 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, INPDAL, 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_-_Binding_Corporate_Rules): 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 e 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, e 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 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 e 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, o 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 legge¹⁴.

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.

¹⁴ Provvedimento generale prescrittivo in tema di biometria, emesso dal Garante per la protezione dei dati personali il 12 novembre 2014.

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

GLOSSARIO

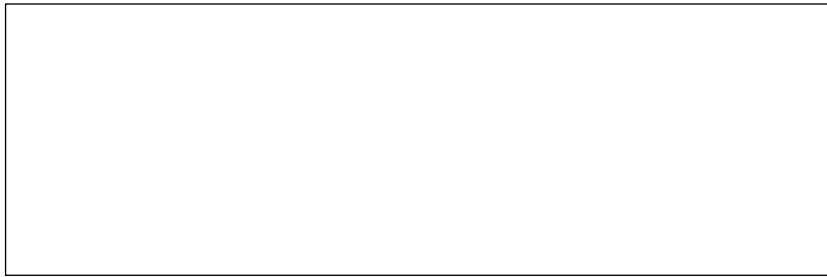
Condizioni di Assicurazione
GARANZIE SALUTE

Condizioni di Assicurazione
IL SINISTRO

Condizioni di Assicurazione
ASSISTENZA

Condizioni di Assicurazione
NORME COMUNI

**INFORMATIVA
SULLA PRIVACY**



axa.it

Il presente documento è aggiornato al 1 dicembre 2025.

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 € 248.987.410 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)