

salute

protezione salute *new*

IL PRESENTE FASCICOLO
INFORMATIVO CONTENENTE:

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

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

PRIMA DELLA SOTTOSCRIZIONE LEGGERE ATTENTAMENTE LA NOTA INFORMATIVA.

contratto di assicurazione sanitaria

edizione maggio 2015



ridefiniamo / la protezione

protezione salute

**IL PRESENTE FASCICOLO
INFORMATIVO CONTENENTE:**

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

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

PRIMA DELLA SOTTOSCRIZIONE LEGGERE ATTENTAMENTE LA NOTA INFORMATIVA.

contratto di assicurazione sanitaria

edizione maggio 2015

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

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

Area Clienti



Sulla home page del sito **www.axa.it** è possibile registrarsi all'Area Clienti e consultare le polizze stipulate con AXA Assicurazioni.

Il sito è navigabile con pc, tablet e smartphone.

Nell'Area Clienti è possibile verificare:

polizze attive

coperture
assicurative

scadenze

condizioni
contrattuali



ridefiniamo / la protezione

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



NOTA INFORMATIVA CONTRATTO DI ASSICURAZIONE DEL RAMO MALATTIA

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

Avvertenza

La presente Nota Informativa è redatta secondo lo schema predisposto dall'IVASS, ma il suo contenuto non è soggetto alla preventiva approvazione dell'IVASS. Il Contraente deve prendere visione delle condizioni di assicurazione prima della sottoscrizione della polizza.

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

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

A - INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE

1. Informazioni generali

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

La Compagnia mette a disposizione dei clienti i seguenti recapiti per richiedere eventuali informazioni sia in merito alla Compagnia sia in relazione al Contratto proposto: numero telefonico +39.02.48.084.1 – Fax +39.02.48.084.331; indirizzo internet: www.axa.it; indirizzo di posta elettronica: infodanni@axa.it

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

2. Informazioni sulla situazione patrimoniale dell'impresa di assicurazione

Il patrimonio netto di AXA Assicurazioni S.p.A., riferito all'ultimo bilancio approvato (esercizio 2014), ammonta a € 812 milioni di cui € 211 milioni di capitale sociale interamente versato e € 601 milioni di riserve patrimoniali, compreso il risultato di esercizio.

L'indice di solvibilità di AXA Assicurazioni S.p.A., ovvero l'indice che rappresenta il rapporto tra l'ammontare del margine di solvibilità disponibile e l'ammontare del margine di solvibilità richiesto dalla normativa vigente, riferito alla gestione danni e relativo all'ultimo bilancio approvato, è pari al 190,46%.

B - INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

Durata e proroga del contratto

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

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

Avvertenza:

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

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

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

Si rinvia per maggiori dettagli agli Artt. 63 "Pagamento del premio" e 66 "Proroga e periodo di assicurazione" delle C.G.A.

Nota informativa

3. Coperture assicurative offerte - Limitazioni ed esclusioni

Protezione Salute è una polizza sanitaria la cui offerta è composta da sei differenti formule assicurative (Completa, Standard, Integrativa, Speciale, Speciale Più, Integrativa e Speciale).

La polizza prevede le seguenti garanzie.

- 1) **Check up:** rimborsa le spese mediche sostenute in caso di check up (Art. 1 C.G.A.);
- 2) **Second opinion e Assistenza sanitaria:** i servizi sono prestati da INTER PARTNER ASSISTANCE S.A. – Rappresentanza Generale per l'Italia (denominata in contratto AXA Assistance), e prevedono ad esempio: **servizi di orientamento** collegamento telefonico con la struttura sanitaria all'estero, informazioni sulla sanità in Italia ed all'estero, informazioni donne partorienti, informazioni su Banca Cellule Staminali del cordone ombelicale ecc.), **servizi di emergenza** (consulti medici telefonici, trasporto sanitario, malattia improvvisa o grave infortunio all'estero, rimpatrio della salma, telemedicina - convalescenza protetta, ecc.), **servizi per disagi di contorno** (prelievo campioni, ritiro esami ed analisi, custodia di minori di anni 15, assistenza infermieristica o di un fisioterapista, invio di un dog sitter, consulenza psicologica, ecc.), **servizio di Second opinion** ossia un parere medico complementare fornito in seguito a gravi malattie (da Artt. 2 a 30 C.G.A.);
- 3) **Ricoveri, interventi e day hospital:** rimborsa le spese mediche sostenute in caso di ricovero, intervento chirurgico anche senza ricovero o day hospital. La garanzia comprende anche le spese sostenute nei 120 giorni precedenti e successivi il periodo di ricovero o l'intervento chirurgico senza ricovero (Artt. 31 e 32 C.G.A.);
- 4) **Pre e post ricovero:** rimborsa le spese mediche sostenute nei 120 giorni precedenti e successivi ad un periodo di ricovero o ad un intervento chirurgico senza ricovero (Art. 34 C.G.A.);
- 5) **Grandi interventi chirurgici:** rimborsa le spese mediche sostenute in caso ricovero per grande intervento chirurgico di cui all'allegato 1 "Elenco grandi interventi". La garanzia comprende anche le spese sostenute nei 120 giorni precedenti e successivi il periodo di ricovero. (Art. 35 C.G.A.);
- 6) **Grandi interventi e malattie:** rimborsa spese mediche sostenute in caso di ricovero, intervento chirurgico anche senza ricovero o day hospital reso necessario da grande intervento, di cui all'allegato 1 "Elenco dei grandi interventi" o da una malattia grave, di cui all'allegato 2 "Elenco gravi malattie". La garanzia comprende anche le spese sostenute nei 120 giorni precedenti e successivi il periodo di ricovero o l'intervento chirurgico senza ricovero (Art. 36 C.G.A.);
- 7) **Diaria da ricovero** riconosce una diaria per ogni giorno di ricovero in istituto di cura (Artt. 34 e 37 C.G.A.);
- 8) **Diaria da convalescenza post ricovero** riconosce una diaria per ogni giorno di convalescenza domiciliare successiva ad un ricovero in istituto di cura (Art. 38 C.G.A.);
- 9) **Visite ed analisi** rimborsa le spese mediche sostenute per visite mediche, esami ed analisi di laboratorio ed accertamenti diagnostici (Art. 39 C.G.A.);
- 10) **Alta specializzazione:** rimborsa le spese mediche sostenute per accertamenti diagnostici di alta specializzazione (TAC, RMN, ecc.), trattamenti fisioterapici e rieducativi e terapie ambulatoriali da neoplasie (Artt. 40 e 32 C.G.A.);
- 11) **Infortuni senza ricovero:** rimborsa le spese sostenute per prestazioni mediche ed infermieristiche, trasporto sanitario, accertamenti diagnostici, trattamenti fisioterapici e rieducativi. La garanzia comprende anche una diaria in caso di applicazione di gessatura (Art. 42 C.G.A.);
- 12) **Capitale da convalescenza:** riconosce un capitale in caso di diagnosi di una grave patologia, di cui all'allegato 3 "Elenco patologie Capitale da convalescenza" (Artt. 41 e 36 C.G.A.);
- 13) **Tutela legale:** rimborsa le spese legali sostenute in relazione a vertenze promosse dall'Assicurato nei confronti di enti presso i quali abbia effettuato un esame o una visita diagnostica o sia stato ricoverato o curato ambulatorialmente ovvero di medici che lo abbiano visitato o curato (Artt. 51 e 52 C.G.A.);

Avvertenza

Esclusioni e limiti delle coperture assicurative

Il contratto prevede limitazioni, esclusioni e sospensioni alle coperture assicurative, che possono comportare la riduzione o il mancato pagamento dell'indennizzo, esplicitate negli articoli delle C.G.A. ed evidenziate in neretto o con retinatura. Si invita a prestare particolare attenzione ai seguenti Artt.: 1 "Check up", 9 "Consulti medici telefonici, invio del medico, invio dell'ambulanza", 11 "Accompagnatore in caso di trasporto sanitario", 12 "Malattia improvvisa o grave infortunio all'estero", 14 "Rientro anticipato da un viaggio per malattia o infortunio di un familiare", 16 "Interprete all'estero", 17 "Rimpatrio della salma", 18 "Telemedicina - Convalescenza protetta", 20 "Ritiro di esami ed analisi di laboratorio o accertamenti diagnostici", 21 "Custodia di minori di anni 15", 27 "Esclusioni, limiti di esposizione e responsabilità", 28 "Come richiedere i servizi di orientamento, di emergenza e per disagi di contorno", 30 "Comunicazioni e variazioni", 31 "Ricoveri, interventi e day hospital", 32 "Ricoveri, interventi e day hospital e Alta Specializzazione", 33 "Prestazioni sanitarie assistenziali", 34 "Pre e post ricovero e diaria da ricovero", 35 "Grandi interventi chirurgici", 36 "Grandi interventi e malattie e Capitale da convalescenza", 39 "Visite e analisi",

Nota informativa

40 “Alta specializzazione”, 41 “Capitale da convalescenza”, 43 “Termini di aspettativa (carenza)”, 44 “Esclusioni”, 54 “Limiti territoriali della Tutela legale”, 56 “Esclusioni”, 61 “Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio”, 63 “Pagamento del premio”, 64 “Modifiche dell’assicurazione” e 70 “Persone non assicurabili”.

Avvertenza

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

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

Sono contenuti nei seguenti Artt.: 1 “Check up”, 10 “Trasporto sanitario”, 16 “Interprete all’estero”, 17 “Rimpatrio della salma”, 24 “Invio dog sitter o ricerca pensione cane”, 31 “Ricoveri, interventi e day hospital”, 32 “Ricoveri, interventi e day hospital e Alta Specializzazione”, 33 “Prestazioni sanitarie assistenziali”, 35 “Grandi interventi chirurgici”, 36 “Grandi interventi e malattie e Capitale da convalescenza”, 39 “Visite e analisi”, 40 “Alta specializzazione”, 51 “Tutela legale” e 52 “Casi assicurati”.

Esempio di applicazione di franchigia:

Richiesta di rimborso 5.000,00 euro, franchigia prevista 1.600,00 per sinistro. Importo liquidato 3.400,00 euro ($5.000,00 - 1.600,00 = 3.400,00$).

Esempi di applicazione di scoperto con un minimo in euro:

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

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

Richiesta di rimborso 25.000,00 euro, scoperto 10% con il minimo di 1000,00 euro e un massimo di 2.000 euro per sinistro. Importo liquidato 23.000,00 euro (il 10% di 25.000,00 = 2.500,00) poiché 2.500,00 euro è superiore a 2.000 euro si applica il massimo di 2.000 euro.

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

Richiesta di rimborso 2.500,00 euro, scoperto 20% con il minimo di 100,00 euro per sinistro e limite massimo di indennizzo di 1.600,00 euro per sinistro e per anno assicurativo. Importo liquidato 1.600,00 euro poiché l’importo di 2.000,00 euro (pari $2.500,00 - 20\% = 500,00$ euro) è superiore al limite massimo di indennizzo di 1.600,00 euro.

Avvertenza

Assenza limiti d’età

Il contratto non prevede limiti di età assicurabile salvo quanto disciplinato dall’art. 67 “Recesso per limiti di età”

4. Periodi di carenza contrattuale

Avvertenza

Presenza di carenze ovvero termini di aspettativa

Il contratto prevede dei limiti temporali alla operatività delle garanzie. Pertanto si richiama l’attenzione del Contraente/Assicurato al fatto che il contratto prevede dei termini di aspettativa o carenza ossia dei periodi temporali in cui le garanzie di polizza, in tutto o in parte, non sono operative, così come disposto dall’ Art. 43 delle C.G.A.

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

Avvertenza

Dichiarazioni false o reticenti in sede di **conclusione del contratto**, potrebbero comportare la cessazione dello stesso con la perdita totale o parziale dell’indennizzo/risarcimento, così come disposto dall’Art. 61 delle C.G.A.

Avvertenza

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

Nota informativa

6. Premi

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

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

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

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

Avvertenza

Sconti sul premio

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

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

7. Adeguamento del premio e delle somme assicurate

Il contratto, (nella fattispecie le somme assicurate, i limiti d'indennizzo, le franchigie riportate in euro ed il premio), è soggetto ad "adeguamento automatico" in base all'indice di statistica pubblicato dall'ISTAT di Roma secondo le modalità previste dalla clausola "Indicizzazione e adeguamento automatico del premio" (Art. 75 C.G.A.).

Il premio inoltre è soggetto ad adeguamento automatico in base all'età dell'Assicurato secondo le modalità previste dalla clausola, "Aggiornamento automatico del premio in base all'età dell'Assicurato" delle Condizioni generali di assicurazione (Art. 76 C.G.A.).

8. Diritto di recesso

Avvertenza

Diritto di recesso per sinistro

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

Diritto di recesso per età

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

Diritto di recesso alla scadenza contrattuale:

- **Durata annuale:** è riconosciuto ad entrambe le Parti il diritto di recedere dal contratto, mediante l'invio di una lettera raccomandata, spedita almeno 30 giorni prima della scadenza originaria o rinnovata;
- **Durata pluriennale:** in deroga all'art 1899, primo comma, del codice civile è riconosciuto al Contraente il diritto di recedere dal contratto alla scadenza di ogni singola annualità, mediante l'invio di una lettera raccomandata spedita almeno 60 giorni prima della scadenza. In ogni caso, è riconosciuto ad entrambe le Parti alla scadenza naturale indicata in polizza, il diritto di recedere mediante l'invio di una lettera raccomandata spedita almeno 30 giorni prima della scadenza.

Si rinvia per maggiori dettagli all'Artt. 66 "Proroga e periodo di assicurazione, 67 "Recesso per limite d'età" e 68 "Rinuncia al diritto di recesso in caso di sinistro delle C.G.A..

9. Prescrizione e decadenza dei diritti derivanti dal contratto

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

10. Legge applicabile al contratto

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

11. Regime fiscale

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

Il presente contratto è soggetto all'imposta sulle assicurazioni vigente in Italia (Art. 71 "Oneri fiscali").

C - INFORMAZIONI SULLE PROCEDURE LIQUIDATIVE E SUI RECLAMI

12. Sinistri – Liquidazione dell'indennizzo

Avvertenza

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

Per le modalità ed i termini a carico del Contraente/Assicurato di denuncia di sinistro o di richiesta dei servizi di assistenza, per le eventuali spese di accertamento del danno, per l'ipotesi in cui è richiesta la visita medica e per il termine minimo e massimo entro cui la Società effettua l'accertamento della malattia si rimanda agli Artt.: 28 "Come richiedere i servizi di orientamento, di emergenza e per disagi di contorno", 29 "Come richiedere il servizio di Second opinion", 47 "Utilizzo di strutture sanitarie e medici convenzionati con AXA", 48 "Cosa fare in caso di sinistro", 49 "Criteri di liquidazione e pagamento dell'indennizzo", 50 "controversie: arbitrato irrituale", 57 "Cosa fare in caso di sinistro e libera scelta del legale", 58 "Fornitura mezzi di prova e documenti occorrenti alla prestazione della garanzia assicurativa", 59 "Gestione del sinistro Tutela legale".

13. Assistenza diretta - Convenzioni

Avvertenza

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

Si rimanda agli Artt. 47 "Utilizzo di strutture sanitarie e medici convenzionati con AXA"; 48 "Cosa fare in caso di sinistro"; 49 "Criteri di liquidazione e pagamento dell'indennizzo".

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

14. Reclami

Eventuali reclami relativi al rapporto contrattuale o alla gestione del sinistro possono essere presentati all'Ufficio Gestione Reclami secondo le seguenti modalità:

Mail: reclami@axa.it

PEC: reclamiisvapaxa@axa.legalmail.it

Posta: AXA ASSICURAZIONI S.p.A. - C.A. Ufficio Gestione Reclami - Corso Como, 17 - 20154 MILANO

Fax: (+39) 02.43.44.81.03

avendo cura di indicare:

- nome e cognome, indirizzo completo e recapito telefonico del reclamante;
- numero della polizza e nominativo del Contraente;
- numero e data del sinistro al quale si fa riferimento;
- indicazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato;
- breve ed esaustiva descrizione del motivo di lamentela;
- ogni altra indicazione e documento utile per descrivere le circostanze.

Sarà cura della Compagnia fornire risposta entro 45 giorni dalla data di ricevimento del reclamo, come previsto dalla normativa vigente. Nel caso di mancato o parziale accoglimento del reclamo, nella risposta verrà fornita una chiara spiegazione della posizione assunta.

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

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

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

Nota informativa

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

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

- **Negoziazione assistita:** per controversie in materia di risarcimento danni R.C.A., le cui Parti convengono di cooperare per risolvere in via amichevole la questione tramite l'assistenza obbligatoria di avvocati iscritti all'Albo. Per attivare la procedura è necessario rivolgere alla Compagnia un invito a partecipare alla procedura, tramite Raccomandata con avviso di ricevimento o tramite PEC. La Compagnia provvederà a rispondere all'invito entro 30 giorni dal ricevimento dello stesso.
- **Mediazione:** per controversie relative a contratti assicurativi e a diritti al risarcimento derivanti da responsabilità medica e sanitaria, le Parti, ai sensi dell'art. 5, comma 1-bis, del D.Lgs. n. 28/2010 sono tenute a tentare di risolvere la questione avanti un Organismo di Mediazione (compreso tra gli Enti o le persone fisiche abilitati, in quanto iscritti nel registro ufficiale del Ministero della Giustizia). Per attivare la procedura, il Contraente, l'Assicurato o il danneggiato dovranno rivolgersi ad un Organismo di Mediazione del luogo del Giudice territorialmente competente per la controversia, che provvederà a trasmettere alla Compagnia la domanda di attivazione, con indicazione della data fissata per il primo incontro. La Compagnia provvederà a rispondere almeno 7 giorni lavorativi prima della data prevista per il primo incontro.
- **Arbitrato irrituale:** laddove espressamente previsto dalle Condizioni Generali di Assicurazione, per controversie relative alla determinazione del valore del danno o alle conseguenze di natura medica di un sinistro, che verranno devolute ai consulenti tecnici nominati da ciascuna delle Parti. Per attivare la procedura è necessario comunicare alla Compagnia la volontà di dare avvio alla stessa. La Compagnia provvederà a dare riscontro al richiedente indicando il nominativo del proprio consulente tecnico e la Procedura seguirà le modalità espressamente indicate nella relativa previsione di Polizza.

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

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

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

I reclami relativi ad aspetti di trasparenza informativa dei prodotti unit e index linked o delle operazioni di capitalizzazione, devono essere inviati alla CONSOB Divisione Tutela del Consumatore Ufficio Consumer Protection, via G.B. Martini, 3 - 00198 Roma.

15. Arbitrato

Avvertenza

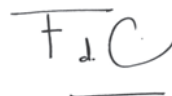
Qualora per la risoluzione di eventuali controversie si dovesse ricorrere in arbitrato, così come regolamentato dagli Artt. 50 e 59 delle C.G.A., si rammenta la possibilità in ogni caso di rivolgersi all'Autorità giudiziaria.

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

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

AXA ASSICURAZIONI S.p.A.

L'Amministratore Delegato
Frédéric de Courtois



Glossario

Alle seguenti definizioni le Parti attribuiscono convenzionalmente il significato di seguito precisato, al fine di integrare e precisare il testo di polizza:

Aborto terapeutico	interruzione volontaria della gravidanza provocata da determinati trattamenti medici al fine di preservare la salute della madre o di evitare lo sviluppo di un feto segnato da malformazioni o gravi patologie, effettuata nel rispetto di quanto disposto dalla legge italiana.
Assicurato:	il soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione.
Assicurazione:	il contratto di assicurazione.
Centro diagnostico:	poliambulatorio sanitario regolarmente autorizzato per le indagini diagnostiche e/o per gli interventi chirurgici ambulatoriali.
Contraente:	il soggetto che stipula l'assicurazione.
Convalescenza:	periodo di tempo successivo alla dimissione dall'istituto di cura, necessario per la guarigione clinica, ovvero per la stabilizzazione dei postumi.
Day Hospital	degenza in istituto di cura senza pernottamento non comportante intervento chirurgico.
Day Surgery:	degenza in istituto di cura senza pernottamento e comportante intervento chirurgico terapeutico.
Difetti fisici:	la mancanza o l'imperfezione non presenti alla nascita, di un organo o di un apparato anche se non note o non diagnosticate alla stipula della polizza.
Franchigia:	parte di indennizzo che rimane a carico dell'Assicurato.
Gessatura:	ogni mezzo di contenzione rigido costituito da fasce gessate od altro apparecchio di contenimento comunque immobilizzante prescritto da personale medico. Sono compresi i bendaggi elastici anche se adesivi limitatamente al trattamento o riduzione di una frattura radiograficamente accertata.
Indennizzo:	la somma dovuta da AXA in caso di sinistro.
Infortunio:	ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili.
Insorgenza:	inizio, ancorché asintomatico, della malattia.
Intervento chirurgico:	atto medico terapeutico, praticato da laureato in chirurgia abilitato presso un Istituto di cura o un ambulatorio, comportante una cruentazione di tessuti o effettuato con l'utilizzo di sorgenti di energia meccanica, termica o luminosa (laser).
Istituto di cura:	ospedale, clinica, casa di cura o istituto universitario, regolarmente autorizzati, in base ai requisiti di legge e delle competenti Autorità, all'erogazione dell'assistenza ospedaliera, anche in regime di degenza diurna. Sono comunque esclusi gli stabilimenti termali, le case di convalescenza o di lungodegenza e di soggiorno e le cliniche aventi finalità dietologiche, estetiche e di benessere. Si intendono quali ricoveri per lunga degenza quelli determinati da condizioni fisiche dell'Assicurato che non consentono più il miglioramento delle condizioni di salute con trattamenti medici finalizzati al trattamento della patologia principale e che rendono necessaria la permanenza in Istituto di cura per interventi di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento.
Malattia:	ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio.
Malformazione:	ogni alterazione fisica e/o psichica sviluppatasi durante la vita intrauterina.
Manifestazione:	sintomatologia oggettiva della malattia.
Massimale:	la somma fino alla concorrenza della quale AXA presta la garanzia.

Glossario

Osteosintesi:	l'intervento chirurgico con il quale si uniscono e rendono stabili due o più frammenti di osso impiegando mezzi metallici (chiodi, viti, placche o fili).
Polizza:	il documento che prova l'assicurazione.
Premio:	la somma dovuta dal Contraente ad AXA.
Ricovero:	la degenza, comportante pernottamento, in istituto di cura.
Scoperto:	quota parte delle spese sostenute, espressa in percentuale, che rimane a carico dell'Assicurato.
Sinistro:	il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata l'assicurazione. Relativamente alla garanzia tutela legale, il verificarsi della controversia per la quale è prestata l'assicurazione.
Trattamenti fisioterapici	Terapie specifiche prescritte dal medico curante, praticate da personale abilitato o effettuate unicamente presso strutture sanitarie autorizzate.
Tutela legale:	l'assicurazione Tutela Giudiziaria ai sensi del D.Lgs. n. 209/2005 Artt. 163, 164, 173 e 174 e correlati.
AXA:	AXA Assicurazioni S.p.A.
AXA Assistance:	INTER PARTNER ASSISTANCE S.A. - Rappresentanza Generale per l'Italia - Via Bernardino Alimena, 111 - 00173 Roma.
IPA:	INTER PARTNER ASSISTANCE S.A. - Rappresentanza Generale per l'Italia - Via Bernardino Alimena, 111 - 00173 Roma.

protezione salute

condizioni generali di assicurazione

contratto di assicurazione malattia rimborso spese mediche

edizione maggio 2015

Perché fare un check up?

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

Azotemia	malattie epatiche e renali	Mammografia	tumori della mammella
Cloremia Sodiemia Potassiemia	malattie renali	Pap test	screening delle patologie dell'utero
Colesterolo totale (LDL e HDL)	malattie cardiovascolari	PCR	malattie infettive o degenerative
Creatininemia	malattie renali	PSA	presenza di neoplasia prostatica
E.C.G.	malattie cardiovascolari	T3 - T4 - TSH	funzionalità della tiroide
Ecografia addominale inferiore	malattie tumori addominali inferiori	Transaminasi	malattie del fegato e sistemiche
Emocromo con formula	malattie del sangue e sistemiche	Trigliceridi	malattie cardiovascolari
Esami urine completo	malattie renali e sistemiche	Uricemia	Metabolismo
Gamma G.T.	malattie epatiche	Visita cardiologica	malattie cardiovascolari
Glicemia	Tendenza al diabete	Visita ginecologica	malattie ginecologiche

Art. 1| Le modalità per effettuare il check up

A decorrere dalla stipula della polizza, secondo le modalità sotto riportate, l'Assicurato che abbia compiuto 30 anni può eseguire un check up di prevenzione presso le strutture convenzionate reperibili sul sito www.axa.it. L'Assicurato potrà comunque contattare la Centrale Operativa per consulenza o delucidazioni circa le strutture convenzionate.

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

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

La Centrale Operativa è accessibile attraverso i seguenti strumenti:

Numero Verde 800.133.333 per chiamate dall'Italia

Numero +39.011.74.17.288 per chiamate dall'Estero

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

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

Il primo check up è totalmente a carico di AXA. Per i successivi, trascorsi almeno tre anni dalla data del precedente check up (anche in caso di sostituzione di contratto), è richiesta una partecipazione al costo di 75,00 euro. Non saranno prese in considerazione richieste di rimborso per esami o visite mediche previste dalla tabella sopra riportata effettuate e pagate dall'Assicurato senza preventiva autorizzazione della Centrale Operativa.

AXA non verrà a conoscenza degli esiti del check up. Tale documentazione sanitaria potrà essere richiesta solo in caso di denuncia di sinistro, secondo le modalità previste dagli Art. 48 - "Cosa fare in caso di sinistro".

Premessa

La gestione dei successivi servizi di **Assistenza sanitaria e di Second Opinion**, è stata affidata da AXA ad INTER PARTNER ASSISTANCE S.A. - Rappresentanza Generale per l'Italia - Via Bernardino Alimena, 111 - 00173 Roma, di seguito denominata AXA Assistance. Pertanto tutte le prestazioni indicate garantite da AXA saranno gestite per il tramite di AXA Assistance.

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

Orientamento

Art. 2 | Collegamento telefonico con la struttura sanitaria (prestazione valida all'estero)

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

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

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

Art. 3 | Trasmissione comunicazioni urgenti (prestazione valida all'estero)

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

Art. 4 | Informazioni sulla sanità in Italia

AXA Assistance, su richiesta dell'Assicurato (o in sua vece di un familiare o del medico curante) provvederà, entro il giorno lavorativo successivo, ad inviare all'Assicurato informazioni, aventi carattere indicativo e di primo indirizzo, relative alla sanità pubblica in Italia (quali ad esempio: esenzioni, maternità e gravidanza, ticket, farmaci, medico di famiglia, rimborsi, liste di attesa).

Art. 5 | Informazioni sulla sanità all'estero

AXA Assistance, su richiesta dell'Assicurato (o in sua vece di un familiare o del medico curante) provvederà, entro il giorno lavorativo successivo, ad inviare all'Assicurato informazioni sanitarie specifiche del Paese estero di destinazione richiesto (documentazione sanitaria, profilassi e vaccinazioni, farmaci utili in viaggio, clima, servizi sanitari in loco, etc.).

Art. 6 | Informazioni su ricerche medico/scientifiche e protocolli di cura

(Il servizio ha finalità esclusivamente informative)

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

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

Art. 7 | Informazioni donne partorienti/nascita bambino

L'Assicurato in qualsiasi momento può contattare telefonicamente la Centrale Operativa di AXA Assistance, per richiedere informazioni sui seguenti argomenti:

- Info mediche e paramediche durante l'intero periodo di gestazione;
- Ricerca di baby sitting in caso di malattia del bambino;
- Supporto psicologico telefonico;
- Informazioni telefoniche su maternità, nidi, pratiche amministrative.

Il servizio è valido esclusivamente per l'Italia.

Art. 8 | Informazioni Banca Cellule Staminali del cordone ombelicale

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

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

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

Il servizio è valido esclusivamente per l'Italia.

Emergenza

Art. 9 | Consulti medici telefonici, invio del medico, invio dell'ambulanza

Qualora, in caso di infortunio o malattia, l'Assicurato non riuscisse a contattare il proprio medico abituale, potrà, mettendosi in comunicazione con il servizio medico di AXA Assistance, ricevere consigli ed indicazioni sulle prime terapie da seguire. Inoltre, qualora in seguito al primo contatto telefonico il servizio medico di AXA Assistance giudicasse indispensabile una visita medica, e sempre che non fosse reperibile il medico abituale dell'Assicurato, AXA Assistance potrà provvedere gratuitamente a:

- inviare un suo medico convenzionato al domicilio del paziente;

e/o eventualmente a:

- far trasportare l'Assicurato presso il più vicino centro di pronto soccorso tramite ambulanza secondo la gravità del caso.

I servizi di invio del medico e dell'ambulanza sono validi esclusivamente per l'Italia.

Art. 10 | Trasporto sanitario

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

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

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

Eventuali spese eccedenti il suddetto limite di **5.000,00** euro potranno essere rimborsate secondo quanto previsto nella sezione "Diagnosi, cura e convalescenza", ad AXA Assistance che si è fatta carico di anticipare le spese per conto dell'assicurato. Qualora si dovesse successivamente accertare la non validità della polizza e/o la sussistenza di condizioni e/o elementi che determinano l'inoperatività o l'inefficacia dell'assicurazione, l'Assicurato sarà tenuto a rimborsare ad AXA le somme che questa, per il tramite di AXA Assistance o sua corrispondente, abbia corrisposto.

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

Art. 11| Accompagnatore in caso di trasporto sanitario

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

Le spese del viaggio e del soggiorno sono a carico dell'accompagnatore.

Art. 12| Malattia improvvisa o grave infortunio all'estero

Nel caso in cui l'Assicurato sia all'estero e, a seguito di improvvisa malattia o di infortunio, necessiti di ricovero urgente, l'Assicurato stesso o, se impossibilitato, un suo familiare, potrà contattare telefonicamente la Centrale Operativa di AXA Assistance.

Questa si attiverà per organizzarne il trasferimento con i mezzi ritenuti più adeguati alla circostanza, al fine di poter provvedere al ricovero in struttura sanitaria in Italia, idonea a garantirgli le appropriate cure sanitarie.

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

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

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

Art. 13| Reperimento di medicinali urgenti

Nel caso in cui l'Assicurato necessiti di un preparato di fabbricazione italiana ed irreperibile nello stato estero nel quale si trova, AXA Assistance, scegliendo la soluzione di maggior rapidità, provvederà a:

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

- inviare direttamente dall'Italia il farmaco richiesto.

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

Art. 14| Rientro anticipato da un viaggio per malattia o infortunio di un familiare

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

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

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

Art. 15 | Assistenza di un familiare in caso di ricovero all'estero

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

Art. 16 | Interprete all'estero

Nel caso in cui l'Assicurato, in seguito ad una improvvisa malattia od un infortunio, sia ricoverato presso una struttura sanitaria all'estero e si rendesse necessaria la presenza di un interprete per agevolare la comunicazione con i medici curanti, AXA Assistance provvederà a reperirlo, trattenendo a proprio carico i relativi costi entro un limite di spesa pari a **150,00** euro per Assicurato e anno assicurativo.

Art. 17 | Rimpatrio della salma (prestazione valida all'estero)

In caso di decesso dell'Assicurato AXA Assistance organizzerà ed effettuerà il rimpatrio ed il trasporto della salma fino al luogo di sepoltura in Italia.

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

Massimale:

AXA Assistance terrà a proprio carico i costi fino ad un importo massimo di euro **10.000,00** per sinistro.

Per gli importi eccedenti il massimale, AXA Assistance interverrà subito dopo aver ricevuto in Italia adeguate garanzie, quali a titolo esemplificativo: una fideiussione bancaria.

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

Sono escluse dalla prestazione:

- le spese relative alla cerimonia funebre e all'inumazione, che sono a carico della famiglia;
- l'eventuale recupero della salma;
- le spese di soggiorno del familiare.

Art. 18 | Telemedicina - Convalescenza protetta

Le seguenti prestazioni vengono fornite su richiesta dell'Assicurato che, a seguito di ricovero ospedaliero superiore a 5 giorni, se con intervento chirurgico, o di almeno 10 giorni, se senza intervento chirurgico, desidera usufruire dei servizi di videocomunicazione e telemonitoraggio tramite l'ausilio di un sistema di controllo a distanza, durante il periodo della convalescenza.

Il servizio dovrà essere richiesto almeno 5 (cinque) giorni lavorativi prima della data di dimissione e verrà attivato indicativamente entro 48 ore lavorative dalla dimissione dalla struttura di ricovero.

La domanda dell'Assicurato dovrà essere supportata da richiesta scritta del medico curante e verrà sottoposta a valutazione da parte del team medico della Centrale Operativa.

L'articolazione e la durata delle prestazioni avverrà a giudizio del medico della Centrale Operativa in riferimento alle condizioni di salute dell'Assicurato.

La prestazione è a carico della Società per un massimo di una (1) volta / anno e per la durata massima di trenta (30) giorni continuativi e non frazionabili a partire dalla data di installazione. Si precisa che per l'erogazione del servizio è necessaria la presenza, presso l'abitazione dell'Assicurato, di una linea telefonica analogica o di una ADSL. I costi della linea telefonica o ADSL sono a carico dell'Assicurato.

Videocomunicazione

Il servizio di videocomunicazione è pensato per chi desidera trascorrere in tutta tranquillità il periodo di convalescenza dopo un ricovero. Per mezzo di un semplice dispositivo (videotelefono o set top box con monitor) viene stabilito un rassicurante contatto audio-visivo tra il paziente e il medico che si prende cura di lui.

Telemonitoraggio

Il monitoraggio di parametri vitali a distanza è pensato per coloro che, a causa di una patologia cronica, ed eventualmente a seguito di un evento acuto, hanno l'esigenza, di tenere sotto controllo alcuni parametri critici nel periodo immediatamente successivo alla dimissione da una struttura di ricovero. Grazie alla strumentazione messa a disposizione dalla Società, possono essere rilevati in pochi secondi e con assoluta precisione alcuni parametri vitali (es. pressione arteriosa, frequenza cardiaca e saturazione di ossigeno nel sangue) che consentono un monitoraggio regolare della salute del paziente. Il paziente in base alla patologia da cui è affetto, entro 48 ore dalla dimissione, viene dotato degli apparati specifici per il monitoraggio dei parametri chiave. Tali apparati eseguono la registrazione dei segnali rilevati e li inviano alla Centrale Operativa, dove i dati sono valutati e refertati dai medici di turno.

In abbinamento alla videocomunicazione, la rilevazione dei parametri vitali in remoto, fornisce al medico gli elementi necessari per una visita a distanza.

Disagi di contorno

Art. 19| **Prelievo campioni**

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

La prestazione viene erogata a seguito di infortunio o malattia, anche in assenza di ricovero. AXA Assistance terrà a proprio carico i costi relativi al prelievo, mentre restano a carico dell'Assicurato i costi degli esami e degli accertamenti diagnostici, effettuati da laboratori di analisi convenzionati con la Centrale Operativa.

Art. 20| **Ritiro di esami ed analisi di laboratorio o accertamenti diagnostici**

Qualora l'Assicurato sia nell'impossibilità di recarsi a ritirare gli esiti di esami ed analisi di laboratorio o accertamenti diagnostici, potrà richiedere telefonicamente alla Centrale Operativa di AXA Assistance che venga organizzato per suo conto il ritiro degli esiti e l'invio degli stessi al proprio domicilio.

Alla richiesta di attivazione del servizio la Centrale Operativa comunica le modalità e i costi del servizio di ritiro ed invio, che sono in ogni caso a carico dell'Assicurato. L'Assicurato si impegna a saldarne l'importo ad AXA Assistance alla consegna degli esiti.

Art. 21| **Custodia di minori di anni 15**

Qualora, per una malattia od un infortunio occorso all'Assicurato, sia previsto un ricovero superiore a due giorni, previa delega di un genitore, AXA Assistance provvederà, tramite terzi, alla custodia dei figli dell'Assicurato minori di anni 15 **per un periodo massimo di 48 ore.**

Art. 22| **Assistenza infermieristica/fisioterapista (prestazione valida in Italia)**

Qualora l'Assicurato necessiti, nei 30 (trenta) giorni successivi alla dimissione dall'istituto di cura presso cui era ricoverato, sulla base di certificazione medica, di essere assistito presso il proprio domicilio da personale specializzato (infermieristico o socio-assistenziale o fisioterapista), potrà richiedere alla Centrale Operativa il reperimento e l'invio di personale convenzionato.

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

La presente garanzia sarà fornita nel più breve tempo possibile.

La Società terrà a proprio carico il costo della prestazione per un massimo di 4 (quattro) giorni per sinistro per 1 (una) ora al giorno.

Art. 23 | Reperimento di attrezzature medico-chirurgiche

Qualora l'Assicurato, nel caso in cui, al momento della dimissione dal luogo di cura ove è stato ricoverato, venisse prescritta allo stesso da parte dei medici che lo hanno avuto in cura, una delle seguenti attrezzature medico-chirurgiche:

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

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

Se per cause indipendenti alla volontà della Centrale Operativa, risultasse impossibile reperire e/o fornire tali attrezzature, la Società provvederà a rimborsare le spese relative al noleggio delle attrezzature stesse, fino alla concorrenza di Euro 250,00 per sinistro.

Il massimale sopracitato si intende comprensivo delle eventuali spese di consegna e ritiro presso il domicilio dell'Assicurato.

Art. 24 | Invio dog sitter o ricerca pensione cane (prestazione valida in Italia)

Qualora l'Assicurato, nei 30 (trenta) giorni successivi alla dimissione dall'istituto di cura presso cui era ricoverato, non sia in grado di occuparsi autonomamente, sulla base di certificazione medica, del proprio cane, potrà richiedere alla Centrale Operativa di reperire ed inviare un dog sitter che presterà assistenza all'animale domestico.

In alternativa la Centrale Operativa ricercherà una pensione che possa ospitare l'animale domestico più vicino al domicilio dell'Assicurato.

La presente garanzia sarà fornita nel più breve tempo possibile.

La Società terrà a proprio carico il costo della prestazione entro il limite di euro 100,00 per sinistro.

Qualora l'organizzazione della prestazione non sia possibile, la Società rimborserà, a seguito di presentazione di relativa documentazione, le spese sostenute entro il limite di euro 150,00 per sinistro.

L'Assicurato dovrà comunque contattare preventivamente la Centrale Operativa.

Art. 25 | Consulenza psicologica

Qualora, a seguito di malattia o infortunio, propri o di un familiare, si rendesse necessaria una assistenza psicologica, l'Assicurato può, chiamando la Centrale Operativa di AXA Assistance, essere messo in contatto telefonicamente con uno specialista, al massimo entro le 8 ore lavorative successive alla richiesta d'intervento.

Second opinion

Premessa

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

Art. 26 | La prestazione

AXA Assistance fornisce all'Assicurato affetto da gravi patologie o che necessiti di interventi chirurgici di particolare complessità, la possibilità di ottenere un "parere medico complementare" da parte di uno specialista di riconosciuta fama ed esperienza e ricevere eventuali indicazioni diagnostiche o terapeutiche suppletive.

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

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

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

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

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

Ambito e limitazioni

Art. 27 | Esclusioni, limiti di esposizione e responsabilità

I servizi di "Assistenza sanitaria e Second opinion" operano con le seguenti esclusioni, limiti di esposizione e responsabilità.

Esclusioni

I servizi "Orientamento", "Emergenza", "Disagi di contorno" garantiscono le persone assicurate nei casi di malattia od infortunio, ferme restando la decorrenza della garanzia di cui all'Art. 43 - "Termini di aspettativa" e le esclusioni previste dall'Art. 44 - "Esclusioni". Le disposizioni di tali articoli non trovano applicazione per il servizio di "Second opinion".

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

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

Limiti di esposizione

I massimali previsti da ogni singolo servizio devono intendersi:

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

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

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

Responsabilità

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

Come attivare le prestazioni

Art. 28 | Come richiedere i servizi di orientamento, di emergenza e per disagi di contorno

I servizi di "Orientamento", "Emergenza" e "Disagi di contorno" devono essere richiesti telefonicamente direttamente ad AXA Assistance

Numero Verde 800.27.13.43 per chiamate dall'Italia

Numero +39.06.42.11.55.05 per chiamate dall'Estero

Fax +39.06.47.43.262

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

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

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

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

Art. 29 | Come richiedere il servizio di Second opinion

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

- 1) contattare la Centrale Operativa **al numero verde 800.27.13.43** che, verificata la regolarità della richiesta, provvederà all'apertura del dossier comunicando le modalità di svolgimento del servizio ed invierà la "Scheda di informazione personale";
- 2) spedire ad AXA Assistance (Centrale Operativa Medica - Via Bernardino Alimena, 111 - 00173 Roma):
 - la documentazione clinica completa;
 - la "Scheda di informazione personale" sottoscritta dallo stesso e dal suo medico curante;
 - l'autorizzazione a contattare il suo medico curante;
 - l'autorizzazione ad AXA Assistance circa il trattamento dei dati forniti (D.Lgs. n. 196/03).

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

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

Art. 30 | Comunicazioni e variazioni

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

Condizioni generali di assicurazione

Diagnosi, cura e convalescenza

Formula Completa

Art. 31 | Ricoveri, interventi e day hospital

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

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

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

PRIMA del ricovero o intervento chirurgico senza ricovero:

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

DURANTE il ricovero o intervento chirurgico senza ricovero:

- c) onorari del chirurgo, del personale medico di supporto all'intervento, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento, diritti di sala operatoria e materiale di intervento (ivi compresi gli apparecchi terapeutici e le endoprotesi applicati durante l'intervento);
- d) assistenza medica, cure, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali, esami ed analisi di laboratorio, accertamenti diagnostici;
- e) rette di degenza;
- f) rette per vitto e pernottamento nell'istituto di cura di un accompagnatore;
- g) prestazioni di cui ai punti precedenti relative al ricovero del donatore per il prelievo, trasporto di organi o parti di essi se l'Assicurato è ricevente, oppure sostenute per l'espianto di organi o parti di essi se l'Assicurato è donatore vivente;
- h) trasporto dell'Assicurato con mezzo sanitariamente attrezzato, idoneo secondo la gravità del caso, per il trasferimento da un istituto di cura ad un altro;
- i) parto indennizzabile a termini di polizza le spese **fino a concorrenza di 30.000,00** euro per:
 - interventi chirurgici, trattamenti terapeutici e visite mediche specialistiche, rette di degenza, medicinali, esami ed analisi di laboratorio, accertamenti diagnostici, praticati in regime di ricovero ai neonati **nei primi 60 giorni** di vita resi necessari da malattia anche congenita e/o da malformazioni, difetti fisici o da infortunio;
 - interventi chirurgici sul feto;
- j) cure dentarie e applicazione di protesi dentarie (comprese il costo di quest'ultime) rese necessarie a seguito di neoplasie o infortunio documentato da referto di pronto soccorso o di ricovero. Relativamente al costo delle protesi dentarie in caso di neoplasie benigne o di infortunio, la garanzia è prestata **fino a concorrenza di 5.000,00** euro per persona e per anno assicurativo, purché le spese siano effettuate durante la validità del contratto e comunque entro 360 giorni dall'infortunio o dal ricovero.

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

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

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

Condizioni generali di assicurazione

Diagnosi, cura e convalescenza

Formula Completa

DOPO il ricovero o intervento chirurgico senza ricovero:

- k) trasporto dell'Assicurato con mezzo sanitariamente attrezzato, idoneo secondo la gravità del caso, per il rientro al domicilio al momento della dimissione;
- l) esami ed analisi di laboratorio, accertamenti diagnostici (compresi gli onorari medici), prestazioni mediche, chirurgiche, prestazioni infermieristiche, trattamenti fisioterapici o rieducativi, cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera) effettuati nei **120 giorni** successivi alla cessazione del ricovero o alla data dell'intervento chirurgico senza ricovero purché inerenti la malattia o l'infortunio che hanno determinato il ricovero o intervento chirurgico;
- m) acquisto o noleggio, **fino ad un massimo di 550,00** euro per persona e per anno assicurativo, effettuati nei **120 giorni** successivi alla cessazione del ricovero o alla data dell'intervento chirurgico senza ricovero, purché inerenti la malattia o l'infortunio che hanno determinato 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);
 - di apparecchiature fisioterapiche purché prescritte da medico specialista.

DURANTE il day hospital

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

- n) accertamenti diagnostici;
- o) assistenza medica e infermieristica;
- p) trattamenti fisioterapici e rieducativi;
- q) medicinali;
- r) trattamenti terapeutici per neoplasie;
- s) rette di degenza.

Qualora l'Assicurato non abbia richiesto ad AXA alcun rimborso relativo a spese di cui sopra, AXA corrisponde un'indennità sostitutiva di **70,00** euro per ogni giorno di day hospital con il massimo di 120 giorni per anno assicurativo.

Limiti d'indennizzo

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

- **3.000,00** euro per parto senza taglio cesareo (compreso quello fisiologico avvenuto a domicilio);
- **6.500,00** euro per parto con taglio cesareo e per l'aborto terapeutico;

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

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

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

Condizioni generali di assicurazione

Diagnosi, cura e convalescenza

Formula Completa

Forme speciali (Operanti se espressamente richiamate in polizza)

Con patto speciale è possibile prevedere una delle seguenti forme speciali.

Forma CON FRANCHIGIA

Fermi i limiti di indennizzo previsti, il rimborso delle spese, relative alle prestazioni comprese dalla lettera a) alla lettera s) dell'Art. 31 – “Ricoveri, interventi e day hospital”, sarà effettuato con la detrazione di una franchigia di 1.600,00 euro per ogni ricovero o intervento chirurgico senza ricovero.

Forma CON SCOPERTO

Fermi i limiti di indennizzo previsti, il rimborso delle spese, relative alle prestazioni contenute dalla lettera a) alla lettera s) dell'Art. 31 – “Ricoveri, interventi e day hospital”, sarà effettuato con l'applicazione di uno scoperto del 20% con il minimo di 1.600,00 euro per ogni ricovero o intervento chirurgico senza ricovero. Lo scoperto non si applica alle spese sostenute, previa autorizzazione della Centrale Operativa, presso strutture e/o medici convenzionati e anche nel caso di sinistri relativi agli eventi compresi nel paragrafo “limiti d'indennizzo” dell'Art. 31 – Ricoveri, interventi e day hospital”.

Condizioni generali di assicurazione

Diagnosi, cura e convalescenza

Formula Standard

Art. 32| Ricoveri, interventi e day hospital e Alta Specializzazione

La formula Standard è composta dalle garanzie: **Ricoveri, interventi e day hospital e Alta specializzazione.**

Ricoveri, interventi e day hospital

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

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

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

PRIMA del ricovero o intervento chirurgico senza ricovero:

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

DURANTE il ricovero o intervento chirurgico senza ricovero:

- c) onorari del chirurgo, del personale medico di supporto all'intervento, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento, diritti di sala operatoria e materiale di intervento (ivi compresi gli apparecchi terapeutici e le endoprotesi applicati durante l'intervento);
- d) assistenza medica, cure, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali, esami ed analisi di laboratorio, accertamenti diagnostici;
- e) rette di degenza;
- f) rette per vitto e pernottamento nell'istituto di cura di un accompagnatore;
- g) prestazioni di cui ai punti precedenti relative al ricovero del donatore per il prelievo, trasporto di organi o parti di essi se l'Assicurato è ricevente, oppure sostenute per l'espianto di organi o parti di essi se l'Assicurato è donatore vivente;
- h) trasporto dell'Assicurato con mezzo sanitariamente attrezzato, idoneo secondo la gravità del caso, per il trasferimento da un istituto di cura ad un altro;
- i) parto indennizzabile a termini di polizza le spese **fino a concorrenza di 30.000,00** euro per:
 - interventi chirurgici, trattamenti terapeutici e visite mediche specialistiche, rette di degenza, medicinali, esami ed analisi di laboratorio, accertamenti diagnostici, praticati in regime di ricovero ai neonati **nei primi 60 giorni** di vita resi necessari da malattia anche congenita e/o da malformazioni, difetti fisici o da infortunio;
 - interventi chirurgici sul feto;
- k) cure dentarie e applicazione di protesi dentarie (comprese il costo di quest'ultime) rese necessarie a seguito di neoplasie o infortunio documentato da referto di pronto soccorso o di ricovero. Relativamente al costo delle protesi dentarie in caso di neoplasie benigne o di infortunio, la garanzia è prestata **fino a concorrenza di 5.000,00** euro per persona e per anno assicurativo, purché le spese siano effettuate durante la validità del contratto e comunque entro 360 giorni dall'infortunio o dal ricovero.

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

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

In caso di parto l'indennità sostitutiva non opera.

Condizioni generali di assicurazione

Diagnosi, cura e convalescenza

Formula Standard

DOPPO IL ricovero o intervento chirurgico senza ricovero:

- k) il trasporto dell'Assicurato con mezzo sanitariamente attrezzato, idoneo secondo la gravità del caso, per il rientro al domicilio al momento della dimissione;
- l) esami ed analisi di laboratorio, accertamenti diagnostici (compresi gli onorari medici), prestazioni mediche, chirurgiche, prestazioni infermieristiche, trattamenti fisioterapici o rieducativi, cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera) effettuati nei **120 giorni** successivi alla cessazione del ricovero o alla data dell'intervento chirurgico senza ricovero purché inerenti la malattia o l'infortunio che hanno determinato ricovero o intervento chirurgico;
- m) acquisto o noleggio, **fino ad un massimo di 550,00** euro per persona e per anno assicurativo, effettuati nei **120 giorni** successivi alla cessazione del ricovero o alla data dell'intervento chirurgico senza ricovero, purché inerenti la malattia o l'infortunio che hanno determinato il ricovero o intervento chirurgico:
 - di stampelle, carrozzine, corsetti, tutori e materasso antidecubito;
 - di apparecchi protesici (comprese le protesi acustiche, esclusi occhiali e lenti a contatto);
 - di apparecchiature fisioterapiche purché prescritte da medico specialista.

DURANTE il day hospital

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

- n) accertamenti diagnostici;
- o) assistenza medica e infermieristica;
- p) trattamenti fisioterapici e rieducativi;
- q) medicinali;
- r) trattamenti terapeutici per neoplasie;
- s) rette di degenza.

Qualora l'Assicurato non abbia richiesto ad AXA alcun rimborso relativo a spese di cui sopra, AXA corrisponde un'indennità sostitutiva di **70,00** euro per ogni giorno di day hospital con il massimo di 120 giorni per anno assicurativo.

Limiti d'indennizzo e scoperto

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

- **6.500,00** euro per ernie (salvo quelle discali), appendiciti, varici ed emorroidi e aborto terapeutico;
- **12.000,00** euro per ernie discali.

In caso di parto con o senza taglio cesareo AXA riconosce esclusivamente un importo di **1.500,00** euro indipendentemente dall'effettiva spesa sostenuta.

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

Nel caso in cui la data del ricovero, dell'intervento chirurgico terapeutico senza ricovero o del day hospital sia successiva al giorno del compimento del **55° anno di età dell'Assicurato**, il rimborso di tutte le prestazioni garantite dal presente articolo è soggetto all'applicazione di uno **scoperto** del **10%** con il minimo di **1.000,00** euro ed il massimo di **2.000,00** euro.

Lo scoperto non opera in caso di erogazione dell'indennità sostitutiva prevista dal presente articolo e per le spese sostenute:

- previa autorizzazione della Centrale operativa, presso strutture e/o medici convenzionati con AXA;
- per ernie, appendiciti, varici ed emorroidi.

Condizioni generali di assicurazione

Diagnosi, cura e convalescenza

Formula Standard

Alta specializzazione

AXA rimborsa all'Assicurato, fino alla concorrenza del massimale riportato in polizza, per persona e per anno assicurativo, le spese per prestazioni sanitarie rese necessarie da malattia o infortunio di seguito riportate:

a) alta specializzazione:

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

b) terapie ambulatoriali rese necessarie da neoplasie;

c) trattamenti fisioterapici e rieducativi dell'Assicurato purché effettuati nei **360 giorni** successivi alla data dell'infortunio o alla cessazione del ricovero nel caso di malattia.

Il rimborso di quanto previsto al presente articolo viene effettuato fino alla concorrenza dell'**80%** delle spese effettivamente sostenute, restando il rimanente **20%** a carico dell'Assicurato con il minimo di **50,00** euro per ogni serie di accertamenti diagnostici o per ogni ciclo di trattamenti o terapie previsti da un'unica prescrizione medica.

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

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

Art. 33 | Prestazioni sanitarie assistenziali (operante per le formule Completa e Standard)

In caso di infezione H.I.V. o sindrome da immunodeficienza acquisita (A.I.D.S.), a parziale deroga dell'Art. 70 - "Persone non assicurabili", AXA rimborsa fino a concorrenza di **16.000,00** euro le spese sostenute dall'Assicurato per il periodo massimo di 120 giorni dalla prima manifestazione della malattia, previste dalle prestazioni "Durante il ricovero o intervento chirurgico senza ricovero" o "Durante il day hospital".

Trascorso tale termine l'assicurazione cessa di avere efficacia.

Condizioni generali di assicurazione

Diagnosi, cura e convalescenza

Formula Integrativa

Art. 34 | Pre e post ricovero e diaria da ricovero

La formula Integrativa è composta dalle garanzie: **Pre e post ricovero** e **Diaria da ricovero**.

Pre e post ricovero

La garanzia opera in caso di ricovero o intervento chirurgico senza ricovero resi necessari da malattia o infortunio.

AXA rimborsa all'Assicurato, fino alla concorrenza del massimale riportato in polizza, le spese sostenute: PRIMA e DOPO il periodo di ricovero o l'intervento chirurgico senza ricovero, come di seguito descritto nel presente paragrafo.

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

- **PRIMA del ricovero o intervento chirurgico senza ricovero:**

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

- **DOPO il ricovero o intervento chirurgico senza ricovero:**

- c) il trasporto dell'Assicurato con mezzo sanitariamente attrezzato, idoneo secondo la gravità del caso, per il rientro al domicilio al momento della dimissione;
- d) esami ed analisi di laboratorio, accertamenti diagnostici (compresi gli onorari medici), prestazioni mediche, chirurgiche, prestazioni infermieristiche, trattamenti fisioterapici o rieducativi, cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera) effettuati nei **120 giorni** successivi alla cessazione del ricovero o alla data dell'intervento chirurgico senza ricovero purché inerenti la malattia o l'infortunio che hanno determinato ricovero o intervento chirurgico;
- e) acquisto o noleggio, **fino ad un massimo di 550,00** euro per persona e per anno assicurativo, effettuati nei **120 giorni** successivi alla cessazione del ricovero o alla data dell'intervento chirurgico senza ricovero, purché inerenti la malattia o l'infortunio che hanno determinato il ricovero o intervento chirurgico:
 - di stampelle, carrozzine, corsetti, tutori e materasso antidecubito;
 - di apparecchi protesici (comprese le protesi acustiche, esclusi occhiali e lenti a contatto);
 - di apparecchiature fisioterapiche purché prescritte da medico specialista.

Diaria da ricovero

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

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

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

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

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

Condizioni generali di assicurazione

Diagnosi, cura e convalescenza

Formula Speciale

Art. 35| Grandi interventi chirurgici

La garanzia opera in caso di intervento chirurgico, compreso nell'elenco dei grandi interventi chirurgici (allegato 1 del presente fascicolo), reso necessario da malattia o infortunio.

AXA rimborsa all'Assicurato, fino alla concorrenza del massimale riportato in polizza, le spese sostenute:

PRIMA, DURANTE, DOPO il periodo di ricovero per l'intervento, come di seguito descritto nel presente articolo.

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

PRIMA del ricovero per grande intervento chirurgico:

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

DURANTE il ricovero per grande intervento chirurgico:

- c) onorari del chirurgo, del personale medico di supporto all'intervento, dell'anestesista, di ogni altro soggetto partecipante all'intervento, diritti di sala operatoria e materiale di intervento (ivi compresi gli apparecchi terapeutici e le endoprotesi applicati durante l'intervento);
- d) assistenza medica, cure, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali, esami ed analisi di laboratorio, accertamenti diagnostici;
- e) rette di degenza;
- f) rette per vitto e pernottamento nell'istituto di cura di un accompagnatore;
- g) prestazioni di cui ai punti precedenti relative al ricovero del donatore per il prelievo, trasporto di organi o parti di essi se l'Assicurato è ricevente, oppure sostenute per l'espianto di organi o parti di essi se l'Assicurato è donatore vivente;
- h) il trasporto dell'Assicurato con mezzo sanitariamente attrezzato, idoneo secondo la gravità del caso, per il trasferimento da un istituto di cura ad un altro;
- i) le cure dentarie e l'applicazione di protesi dentarie (comprese il costo di quest'ultime) rese necessarie a seguito di neoplasie o infortunio documentato da referto di pronto soccorso o di ricovero. Relativamente al costo delle protesi dentarie in caso di neoplasie benigne o di infortunio, la garanzia è prestata **fino a concorrenza di 5.000,00** euro per persona e per anno assicurativo, purché le spese siano effettuate durante la validità del contratto e comunque entro 360 giorni dall'infortunio o dal ricovero.

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

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

DOPO il ricovero per grande intervento chirurgico:

- j) il trasporto dell'Assicurato con mezzo sanitariamente attrezzato, idoneo secondo la gravità del caso, per il rientro al domicilio al momento della dimissione;
- k) esami ed analisi di laboratorio, accertamenti diagnostici (compresi gli onorari medici), prestazioni mediche, chirurgiche, prestazioni infermieristiche, trattamenti fisioterapici o rieducativi, cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera) effettuati nei **120 giorni** successivi alla cessazione del ricovero che ha comportato l'intervento chirurgico, purché inerenti la malattia o l'infortunio che hanno determinato intervento chirurgico;
- l) acquisto o noleggio, **fino ad un massimo di 550,00** euro per persona e per anno assicurativo, effettuati nei **120 giorni** successivi alla cessazione del ricovero, purché inerenti la malattia o l'infortunio che hanno determinato intervento chirurgico:
 - di stampelle, carrozzine, corsetti, tutori e materasso antidecubito;
 - di apparecchi protesici (comprese le protesi acustiche, esclusi occhiali e lenti a contatto);
 - di apparecchiature fisioterapiche purché prescritte da medico specialista.

Condizioni generali di assicurazione

Diagnosi, cura e convalescenza

Formula Speciale Più

Art. 36 | Grandi interventi chirurgici, malattie gravi e capitale da convalescenza

La formula Speciale Più è composta dalle garanzie: **Grandi interventi e malattie** e **Capitale da convalescenza**.

Grandi interventi e malattie

La garanzia opera in caso di:

- grande intervento chirurgico, compreso nell'allegato 1 del presente fascicolo "Elenco grandi interventi", reso necessario da malattia od infortunio;
- ricovero, intervento chirurgico senza ricovero o day hospital reso necessario da una patologia definita nell'allegato 2 del presente fascicolo "Elenco gravi malattie".

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

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

PRIMA del ricovero o intervento chirurgico senza ricovero:

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

DURANTE il ricovero o intervento chirurgico senza ricovero:

- c) onorari del chirurgo, del personale medico di supporto all'intervento, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento, diritti di sala operatoria e materiale di intervento (ivi compresi gli apparecchi terapeutici e le endoprotesi applicati durante l'intervento);
- d) assistenza medica, cure, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali, esami ed analisi di laboratorio, accertamenti diagnostici;
- e) rette di degenza;
- f) rette per vitto e pernottamento nell'istituto di cura di un accompagnatore;
- g) prestazioni di cui ai punti precedenti relative al ricovero del donatore per il prelievo, trasporto di organi o parti di essi se l'Assicurato è ricevente, oppure sostenute per l'espianto di organi o parti di essi se l'Assicurato è donatore vivente;
- h) il trasporto dell'Assicurato con mezzo sanitariamente attrezzato, idoneo secondo la gravità del caso, per il trasferimento da un istituto di cura ad un altro;
- i) Le cure dentarie e l'applicazione di protesi dentarie (comprese il costo di quest'ultime) rese necessarie a seguito di neoplasie o infortunio documentato da referto di pronto soccorso o di ricovero. Relativamente al costo delle protesi dentarie in caso di neoplasie benigne o di infortunio, la garanzia è prestata **fino a concorrenza di 5.000,00** euro per persona e per anno assicurativo, purché le spese siano effettuate durante la validità del contratto e comunque entro 360 giorni dall'infortunio o dal ricovero.

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

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

Condizioni generali di assicurazione

Diagnosi, cura e convalescenza

Formula Speciale Più

DOPO il ricovero o intervento chirurgico senza ricovero:

- j) il trasporto dell'Assicurato con mezzo sanitariamente attrezzato, idoneo secondo la gravità del caso, per il rientro al domicilio al momento della dimissione;
- k) esami ed analisi di laboratorio, accertamenti diagnostici (compresi gli onorari medici), prestazioni mediche, chirurgiche, prestazioni infermieristiche, trattamenti fisioterapici o rieducativi, cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera) effettuati nei **120 giorni** successivi alla cessazione del ricovero o alla data dell'intervento chirurgico senza ricovero purché inerenti la malattia o l'infortunio che hanno determinato ricovero o intervento chirurgico;
- l) acquisto o noleggio, **fino ad un massimo di 550,00** euro per persona e per anno assicurativo, effettuati nei **120 giorni** successivi alla cessazione del ricovero o alla data dell'intervento chirurgico senza ricovero, purché inerenti la malattia o l'infortunio che hanno determinato ricovero o intervento chirurgico:
 - di stampelle, carrozzine, corsetti, tutori e materasso antidecubito;
 - di apparecchi protesici (comprese le protesi acustiche, comunque esclusi occhiali e lenti a contatto);
 - di apparecchiature fisioterapiche purché prescritte da medico specialista.

Durante il day hospital

Axa rimborsa le spese sostenute dall'Assicurato durante la sola degenza per:

- m) accertamenti diagnostici;
- n) assistenza medica e infermieristica;
- o) trattamenti fisioterapici e rieducativi;
- p) medicinali;
- q) trattamenti terapeutici per neoplasie;
- r) rette di degenza.

Qualora l'Assicurato non abbia richiesto ad AXA alcun rimborso relativo a spese di cui sopra, AXA corrisponde un'indennità sostitutiva di **70,00** euro per ogni giorno di day hospital, con il massimo di 120 giorni per anno assicurativo.

Capitale da convalescenza

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

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

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

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

La garanzia non è operante per le malattie che siano:

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

Condizioni generali di assicurazione

Diagnosi, cura e convalescenza

Garanzie facoltative

Art. 37 | Diaria da ricovero

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

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

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

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

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

Art. 38 | Diaria da convalescenza post ricovero

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

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

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

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

Art. 39 | Visite e analisi

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

- a) onorari relativi a visite mediche rese necessarie da malattia, escluse quelle odontoiatriche;
- b) onorari relativi a visite mediche rese necessarie da infortunio. Le cure dentarie e delle parodontopatie sono comprese purché l'infortunio sia comprovato da referto di pronto soccorso. Sono comunque escluse le protesi dentarie;
- c) esami ed analisi di laboratorio, accertamenti diagnostici resi necessari da malattia o infortunio.

Il rimborso delle spese previste dal presente articolo viene effettuato fino alla concorrenza dell'**80%** delle spese effettivamente sostenute, restando il rimanente **20%** a carico dell'Assicurato con il minimo di **50,00** euro, per:

- ogni visita medica;
- ogni serie di accertamenti diagnostici o ogni ciclo di cure dentarie, previsti da un'unica prescrizione medica.

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

Condizioni generali di assicurazione

Diagnosi, cura e convalescenza

Garanzie facoltative

Art. 40 | Alta specializzazione

AXA rimborsa all'Assicurato, fino alla concorrenza del massimale riportato in polizza, per persona e per anno assicurativo, le spese per prestazioni sanitarie rese necessarie da malattia o infortunio di seguito riportate:

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

b) terapie ambulatoriali rese necessarie da neoplasie;

c) trattamenti fisioterapici e rieducativi dell'Assicurato purché effettuati nei **360 giorni** successivi alla data dell'infortunio o alla cessazione del ricovero nel caso di malattia.

Il rimborso di quanto previsto al presente articolo viene effettuato fino alla concorrenza dell'**80%** delle spese effettivamente sostenute, restando il rimanente **20%** a carico dell'Assicurato con il minimo di **50,00** euro per ogni serie di accertamenti diagnostici o per ogni ciclo di trattamenti o terapie previsti da un'unica prescrizione medica.

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

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

Art. 41 | Capitale da convalescenza

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

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

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

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

La garanzia non è operante per le malattie che siano:

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

Condizioni generali di assicurazione

Diagnosi, cura e convalescenza

Garanzie facoltative

Art. 42 | Infortuni senza ricovero

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

Infortuni senza ricovero

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

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

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

Diaria da gessatura

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

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

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

Condizioni generali di assicurazione

Diagnosi, cura e convalescenza

Ambito e limitazioni

Art. 43 | Termini di aspettativa (carenza)

Fermo quanto previsto dall'Art. 63 - "Pagamento del premio" le garanzie della presente sezione "Diagnosi, cura e convalescenza" sono valide dalle ore 24:

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

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

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

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

Art. 44 | Esclusioni

L'assicurazione non è operante per:

- 1) malattie e stati patologici conosciuti e/o diagnosticati anteriormente alla stipulazione del contratto sottaciuti ad AXA con dolo o colpa grave, all'atto della stipula del contratto;
- 2) le prestazioni sanitarie e la cura delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, ivi compresi i comportamenti nevrotici e le loro conseguenze e complicanze;
- 3) le prestazioni sanitarie e le cure relative a psicoterapia e/o altre prestazioni terapeutiche relative a depressione, stati d'ansia e tutti i disturbi mentali, ivi compresi quelli comportamentali, riconosciuti dal DSM IV (Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali);
- 4) le prestazioni sanitarie e le cure per infertilità, sterilità maschile e femminile, fecondazione assistita e simili, impotenza;
- 5) l'aborto volontario non terapeutico;
- 6) la cura di intossicazioni conseguenti ad abuso di alcoolici o ad uso non terapeutico di psicofarmaci, di stupefacenti o di allucinogeni;
- 7) gli infortuni causati dallo stato di ubriachezza dell'Assicurato o dall'effetto di allucinogeni, stupefacenti o psicofarmaci assunti non a scopo terapeutico dall'Assicurato;
- 8) gli infortuni avvenuti durante la guida di veicoli causati da crisi epilettiche dell'Assicurato;
- 9) gli infortuni conseguenti ad azioni delittuose compiute o tentate dall'Assicurato, intendendosi invece compresi quelli sofferti in conseguenza di imprudenza o negligenza anche gravi dell'Assicurato stesso;
- 10) gli infortuni causati dalla pratica di sports aerei in genere o dalla partecipazione a gare motoristiche non di regolarità pura ed alle relative prove;
- 11) le prestazioni sanitarie, le cure e gli interventi per l'eliminazione o correzione di difetti fisici evidenti o diagnosticati prima della stipula del contratto e salvo quanto previsto per i neonati;
- 12) le prestazioni sanitarie, le cure e gli interventi per la eliminazione o correzione di malformazioni, salvo quanto previsto per i neonati e salvo le malformazioni di cui l'Assicurato sia portatore inconscio;

Condizioni generali di assicurazione

Diagnosi, cura e convalescenza

- 13) la correzione dei vizi di rifrazione (miopia, astigmatismo, ipermetropia e presbiopia);
 - 14) le prestazioni sanitarie, le applicazioni, le cure e gli interventi di carattere estetico (salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da neoplasie maligne nei 360 giorni successivi all'intervento chirurgico demolitivo, o da infortunio comprovato da referto di pronto soccorso, purché effettuate durante la validità del contratto);
 - 15) le protesi dentarie nonché le prestazioni e le cure odontoiatriche ed ortodontiche (comprese le parodontopatie) - salvo quanto previsto dalla lettera j) dell'Art. 31 Ricoveri, Interventi e day hospital", dalla lettera K dell'Art. 32 - "Ricoveri, Interventi e day hospital e Alta Specializzazione", dalla lettera i) dell'Art. 35 "Grandi Interventi chirurgici", dalla lettera i) dell'Art. 36 "Grandi Interventi e malattie e Capitale da convalescenza e dalla lettera b) dell'Art. 39 - "Visite e analisi";
 - 16) le prestazioni sanitarie non riconosciute dalla medicina ufficiale nonché quelle non effettuate da medici o paramedici abilitati all'esercizio dell'attività professionale;
 - 17) le conseguenze dirette od indirette di trasformazione o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e delle accelerazioni di particelle atomiche (fissione o fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);
 - 18) le conseguenze di movimenti tellurici, inondazioni ed eruzioni vulcaniche (salvo quanto previsto dall'Art. 45 - "Eventi naturali catastrofici");
 - 19) le conseguenze di guerre (dichiarate o non dichiarate), insurrezioni, (salvo quanto previsto dall'Art. 46 - "Rischio guerra");
 - 20) le conseguenze di tumulti popolari, atti violenti od aggressioni, cui l'Assicurato abbia preso parte attiva;
 - 21) le prestazioni sanitarie e le cure fitoterapiche, idropiniche, dietetiche e termali (salvo per queste ultime quanto previsto nelle specifiche garanzie). I trattamenti di agopuntura salvo quelli effettuati da medici agopuntori a scopo terapeutico;
 - 22) le spese non direttamente inerenti la cura o l'intervento, quali ad esempio spese per telefonate, televisione, bar, ristorante e simili;
 - 23) gli accertamenti diagnostici, la psicoterapia, le terapie mediche e quelle chirurgiche, legati ai disturbi d'identità sessuale;
- Relativamente alla garanzia Capitale da convalescenza, in aggiunta alle esclusioni sopra indicate nel presente articolo dalla numero 1) alla 23), l'assicurazione inoltre non è operante per:
- 24) le malattie che siano espressione o conseguenza di malattia la cui manifestazione sia precedente alla data di decorrenza della polizza;
 - 25) le conseguenze o complicità di una patologia già indennizzata in applicazione di quanto previsto dalla presente garanzia.

Art. 45| Eventi naturali catastrofici

La garanzia vale anche per gli infortuni derivanti da movimenti tellurici, inondazioni o eruzioni vulcaniche sempre che l'Assicurato sia rimasto vittima degli eventi al di fuori del comune ove è fissata la sua residenza.

Art. 46| Rischio guerra

La garanzia vale anche per gli infortuni derivanti da stato di guerra (dichiarata o non dichiarata) o di insurrezione popolare, per il **periodo massimo di 14 giorni** dall'inizio delle ostilità o dell'insurrezione, se ed in quanto l'Assicurato risulti sorpreso dallo scoppio degli eventi di cui sopra mentre si trova all'estero in un Paese sino ad allora in pace.

Sono comunque esclusi dalla garanzia gli infortuni derivanti dalle predette cause (guerra ed insurrezione popolare) che colpissero l'Assicurato nel territorio della Repubblica Italiana, della Città del Vaticano e della Repubblica di San Marino.

Condizioni generali di assicurazione

Diagnosi, cura e convalescenza

Come attivare le prestazioni

Art. 47 | Utilizzo di strutture sanitarie e medici convenzionati con AXA

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

Le strutture sanitarie convenzionate sono presenti su:

Sito AXA www.axa.it

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

L'Assicurato potrà inoltre contattare la Centrale Operativa per consulenza o informazioni.

Numero Verde 800.133.333 per chiamate dall'Italia

Numero +39.011.74.17.288 per chiamate dall'Estero

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

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

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

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

Art. 48 | Cosa fare in caso di sinistro

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

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

La Centrale Operativa è accessibile attraverso i seguenti strumenti:

Numero Verde 800.133.333 per chiamate dall'Italia

Numero +39.011.74.17.288 per chiamate dall'Estero

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

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

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

La denuncia deve essere corredata dalla documentazione medica richiesta, come disposto dall'art. 49 "Criteri di liquidazione e pagamento dell'indennizzo".

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

Condizioni generali di assicurazione

Diagnosi, cura e convalescenza

Art. 49 | Criteri di liquidazione e pagamento dell'Indennizzo

1) Utilizzo di strutture sanitarie e medici convenzionati con AXA

Qualora l'Assicurato sia ricorso alle strutture sanitarie e medici convenzionati, previa autorizzazione della Centrale Operativa, in caso di:

- **Ricovero, day hospital, o intervento chirurgico senza ricovero**, AXA pagherà o farà pagare in nome e per conto dell'Assicurato, direttamente le spese sostenute per prestazioni sanitarie previste dal contratto applicando quando previsti gli eventuali scoperti, franchigie e limiti di indennizzo;
- **Prestazioni sanitarie senza ricovero** (visite mediche specialistiche, esami ed analisi, accertamenti diagnostici, trattamenti e terapie) resterà a carico dell'Assicurato solamente l'eventuale scoperto, franchigia o eccedenza rispetto al massimale previsti dal contratto. AXA, al fine dell'autorizzazione ad effettuare la visita in convenzione, si riserva di chiedere preventivamente copia della prescrizione del medico curante con la presunta patologia e/o la relativa diagnosi.

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

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

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

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

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

L'Assicurato o i suoi familiari devono pertanto far pervenire alla Centrale Operativa tramite l'Agenzia alla quale è assegnata la polizza o direttamente utilizzando l'area riservata del portale web all'indirizzo <https://salute.axa.it> copia delle fatture, notule o ricevute quietanzate relative ai professionisti non convenzionati.

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

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

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

In caso di:

- **Ricovero, day hospital, o intervento chirurgico senza ricovero**, alla richiesta di rimborso vanno allegate la copia di fatture, notule o ricevute quietanzate e copia conforme della cartella clinica completa;
- **Prestazioni sanitarie senza ricovero** (visite mediche specialistiche, esami ed analisi, accertamenti diagnostici, trattamenti e terapie, acquisto o noleggio di apparecchi ortopedici, protesici o fisioterapici) alla richiesta di rimborso vanno allegati copia del certificato del medico curante che ha prescritto le prestazioni con la presunta patologia e/o la relativa diagnosi e delle notule, fatture o ricevute quietanzate;
- **Spese di trasporto** alla richiesta di rimborso va allegata copia dei giustificativi delle spese sostenute.

Condizioni generali di assicurazione

Diagnosi, cura e convalescenza

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

- **Infortuni senza ricovero** alla richiesta di rimborso vanno allegati copia del referto del pronto soccorso, il certificato del medico curante che ha prescritto le prestazioni con la presunta patologia e/o la relativa diagnosi e delle notule, fatture o ricevute quietanzate;
- **Diaria da ricovero, da day hospital o day surgery**, l'Assicurato o i suoi familiari devono far pervenire copia conforme della cartella clinica completa;
- **Diaria da convalescenza**, l'Assicurato o i suoi familiari devono far pervenire, oltre alla copia conforme della cartella clinica completa, copia dei certificati medici che prescrivono ed indicano la durata della convalescenza. L'eventuale prolungamento della convalescenza deve essere documentato da ulteriori certificati medici.
Nel caso in cui l'Assicurato non abbia rinnovato i certificati medici, la liquidazione dell'indennizzo considererà come data di guarigione quella indicata dall'ultimo certificato regolarmente inviato, salvo che AXA possa stabilire una data anteriore di guarigione;
- **Diaria da gessatura o traumi**, l'Assicurato o i suoi familiari devono far pervenire copia della documentazione sanitaria (certificato del pronto soccorso o del medico ortopedico-traumatologo) da cui risulta la prescrizione e/o l'applicazione della gessatura nonché quella della sua rimozione. Per i casi di fratture che non comportino gessatura, l'Assicurato o i suoi familiari devono far pervenire copia della documentazione sanitaria (la radiografia e la prescrizione del medico ortopedico-traumatologo o del pronto soccorso). Nei casi di osteosintesi l'Assicurato o i suoi familiari devono far pervenire copia conforme della cartella clinica completa.

5) Riconoscimento del Capitale da convalescenza:

Alla richiesta di erogazione del capitale è necessario allegare la copia conforme della cartella clinica completa. Alcune patologie in garanzia richiedono ulteriore specifica documentazione medica a supporto come di seguito riportato:

- a) **Cancro**, diagnosi effettuata da specialista oncologo confermata da indagini anatomopatologiche;
- b) **Infarto miocardico acuto**, documentazione specifica rappresentata da accertamenti strumentali (esempio: Eco-doppler, ECG, ecc.) e di laboratorio (esempio: esami ematochimici, enzimi cardiaci, ecc);
- c) **Ictus cerebro-vascolare**, documentazione medica rilasciata da un medico specialista neurologo, operante all'interno di una divisione di neurologia, che conferma il danno neurologico sensitivo e motorio permanente;
- d) **Sclerosi multipla o a placche, Sclerosi laterale amiotrofica e Morbo di Parkinson**, diagnosi documentata e confermata da specialista neurologo operante all'interno di una divisione di neurologia;
- e) **Insufficienza renale**, all'ultimo stadio documentata da esami di laboratorio e certificata da medico specialista operante presso una divisione di medicina interna;
- f) **Anemia aplastica**, diagnosi confermata da esame istologico del midollo e da accertamenti ematologici, effettuata da medico specialista ematologo od internista operante presso una divisione di medicina interna;
- g) **Cecità totale**, diagnosi effettuata mediante potenziali evocati visivi;
- h) **Paralisi**, diagnosi documentata di paralisi permanente o irreversibile di almeno due arti effettuata da un medico specialista in neurologia.

6) Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

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

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

Condizioni generali di assicurazione

Diagnosi, cura e convalescenza

7) Richiesta dell'indennità sostitutiva

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

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

8) Ricoveri ravvicinati

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

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

AXA restituirà gli eventuali originali ricevuti.

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

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

Art. 50 | Controversie: arbitrato irrituale

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

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

Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze per il terzo medico.

Le decisioni del Collegio Medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le Parti, le quali rinunciano fin d'ora a qualsiasi impugnativa salvo i casi di violenza, dolo, errore o violazione di patti contrattuali.

I risultati delle operazioni arbitrali devono essere raccolti in apposito verbale, da redigersi in doppio esemplare, uno per ognuna delle Parti.

Le decisioni del Collegio Medico sono vincolanti per le Parti, anche se uno dei medici si rifiuta di firmare il relativo verbale, nel qual caso il rifiuto deve essere attestato dagli altri medici nel verbale stesso.

Condizioni generali di assicurazione

Tutela legale

Premessa

AXA si avvale per la gestione dei sinistri di Inter Partner Assistance S.A. - Rappresentanza Generale per l'Italia - Ufficio Tutela Giudiziaria - Via Bernardino Alimena, 111 - 00173 Roma - Telefono 06.42.118.1 - Fax 06.42.118.273, di seguito denominata IPA, alla quale l'Assicurato può direttamente rivolgersi.

AXA, lasciando invariati la portata e i limiti della garanzia, ha la facoltà di affidare la gestione dei sinistri ad altra società specializzata. In tale caso verrà comunicata al Contraente la nuova senza che ciò possa costituire motivo di risoluzione del contratto.

Tutela legale

Art. 51| Tutela legale

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

L'assicurazione comprende i seguenti oneri:

- le **spese per l'intervento del legale incaricato**;
- le eventuali **spese del legale di controparte**, in caso di transazione autorizzata da IPA ai sensi dell'Art. 59 - "Gestione del sinistro tutela legale", o **quelle di soccombenza** in caso di condanna dell'Assicurato;
- le **spese per l'intervento del Consulente Tecnico d'Ufficio, del Consulente Tecnico di Parte e di periti in genere**, purché concordate con IPA ai sensi dell'Art. 59 - "Gestione del sinistro tutela legale";
- le **spese attinenti all'esecuzione forzata** limitatamente ai primi due tentativi esperiti dall'Assicurato.

È garantito l'intervento di un unico legale per ogni grado di giudizio, territorialmente competente ai sensi dell'Art. 57 - "Cosa fare in caso di sinistro e libera scelta del legale".

Art. 52| Casi assicurati

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

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

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

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

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

Art. 53| Consulenza legale telefonica

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

- a) una prima consulenza legale, relativamente ai casi assicurati con la presente sezione;
- b) informazioni sulle normative vigenti e sugli adempimenti da rispettare nel caso di ricorso alle autorità giudiziarie;
- c) informazioni sul contenuto e sulla portata delle garanzie previste nella presente sezione di polizza.

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

Condizioni generali di assicurazione

Tutela legale

Ambito e limitazioni

Art. 54 | Limiti territoriali della Tutela legale

A deroga dell'Art. 72 - "Limiti territoriali", l'assicurazione è valida per le controversie derivanti da violazioni di norme o inadempimenti verificatisi nella Repubblica Italiana, nella Città del Vaticano e nella Repubblica di San Marino e che, in caso di giudizio, sono trattate davanti all'Autorità Giudiziaria degli stessi Paesi. L'assicurazione si estende alle controversie concernenti la responsabilità di natura extracontrattuale determinata da fatti verificatisi nei Paesi dell'Unione Europea e in Svizzera.

Art. 55 | Decorrenza della garanzia

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

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

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

Art. 56 | Esclusioni

Sono esclusi dalla garanzia:

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

Condizioni generali di assicurazione

Tutela legale

Art. 57| Cosa fare in caso di sinistro e libera scelta del legale

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

L'Assicurato ha il diritto di scegliere liberamente il legale cui affidare la tutela dei suoi interessi, residente nel luogo ove ha sede l'Ufficio Giudiziario competente per la controversia, indicandolo ad IPA contemporaneamente alla denuncia del sinistro.

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

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

Art. 58| Fornitura mezzi di prova e documenti occorrenti alla prestazione della garanzia assicurativa

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

- informare immediatamente IPA in modo completo e veritiero di tutti i particolari del sinistro nonché, indicare i mezzi di prova e documenti e, su richiesta, metterli a disposizione;
- conferire mandato al legale incaricato della tutela dei suoi interessi, nonché informarlo in modo completo e veritiero su tutti i fatti, indicare i mezzi di prova, fornire ogni possibile informazione e procurare i documenti necessari.

Art. 59| Gestione del sinistro Tutela legale

Ricevuta la denuncia del sinistro, IPA si adopera per realizzare un bonario componimento della controversia. Ove ciò non riesca, se le pretese dell'Assicurato presentino possibilità di successo, la pratica viene trasmessa al legale scelto nei termini dell'Art. 57 - "Cosa fare in caso di sinistro e libera scelta del legale".

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

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

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

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

Art. 60| Recupero di somme

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

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

Condizioni generali di assicurazione

Norme comuni

Art. 61| Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente o dell'Assicurato relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la cessazione dell'assicurazione, ai sensi degli Artt. 1892, 1893 e 1894 c.c.

Art. 62| Altre assicurazioni

Il Contraente o l'Assicurato deve comunicare per iscritto ad AXA l'esistenza e la successiva stipulazione di altre assicurazioni per lo stesso rischio; in caso di sinistro, il Contraente o l'Assicurato deve darne avviso a tutti gli assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri, ai sensi dell'Art. 1910 c.c.

Art. 63| Pagamento del premio

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato in polizza se il premio o la prima rata di premio sono stati pagati; altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento. I premi devono essere pagati all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza oppure ad AXA.

Se il Contraente non paga i premi o le rate di premio successive, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del 15° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze, ai sensi dell'Art. 1901 c.c.

Nel caso in cui il pagamento del premio o delle successive rate di premio avvenga con un ritardo superiore ai 90 giorni rispetto alla scadenza stabilita dal contratto, i termini di aspettativa di cui all'Art. 43 vengono conteggiati a far data dalle ore 24 del giorno in cui si effettua il pagamento.

Art. 64| Modifiche dell'assicurazione

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

Art. 65| Assicurazione per conto altrui e titolarità dei diritti nascenti dalla polizza

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

Art. 66| Proroga e periodo di assicurazione

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

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

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

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

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

Art. 67| Recesso per limite di età

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

Art. 68| Rinuncia al diritto di recesso in caso di sinistro

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

Condizioni generali di assicurazione

Norme comuni

Art. 69| Rinuncia al diritto di rivalsa

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

Art. 70| Persone non assicurabili

Non sono assicurabili, indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute, le persone affette da alcoolismo, tossicodipendenza, sindrome da immunodeficienza acquisita (A.I.D.S.) e sieropositività da H.I.V.. L'assicurazione cessa immediatamente di avere efficacia con il loro manifestarsi (fermo restando quanto previsto dall'Art. 33 - "Prestazioni sanitarie assistenziali" qualora operante).

Art. 71| Oneri fiscali

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

Il presente contratto è soggetto all'imposta sulle assicurazioni vigente in Italia.

Il Contraente, in caso di variazione di residenza, se persona fisica, o di sede legale, in caso di persona giuridica, nel corso di durata del contratto, presso altro Paese membro della stessa Unione Europea, è tenuto a comunicare per iscritto l'avvenuto trasferimento, non oltre i 30 giorni dallo stesso e comunque in tempo utile per gli adeguamenti conseguenti in prossimità del pagamento del premio, in conformità alla legislazione fiscale del Paese di nuova residenza.

Sarà cura di AXA l'espletamento degli adempimenti dichiarativi ed il pagamento del tributo per conto del Contraente.

In caso di omessa comunicazione, AXA avrà diritto di rivalsa sul Contraente per le somme versate all'Autorità fiscale dello Stato estero di nuova residenza, sia a titolo di imposta, sia di sanzioni, interessi e spese, in conseguenza di addebiti per omesso od insufficiente versamento del tributo.

Art. 72| Limiti territoriali

Qualora non diversamente indicato nelle singole prestazioni, l'assicurazione è valida in tutto il mondo.

Art. 73| Foro competente

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

Art. 74| Rinvio alle norme di legge

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

Art. 75| Indicizzazione e adeguamento automatico del premio

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

- a) si stabilisce di adottare l'indice nazionale generale dei prezzi al consumo per famiglie di operai ed impiegati (già costo della vita);
- b) nel corso di ogni anno solare sarà adottato, come base di riferimento iniziale e per gli aggiornamenti, l'indice del mese di giugno dell'anno precedente;
- c) alla scadenza di ogni rata annua se si sarà verificata una variazione **in aumento** dell'indice iniziale o di quello dell'ultimo adeguamento (indice base), le somme assicurate, i massimali, i limiti di indennizzo, le franchigie riportate in euro ed il premio verranno variati **col massimo del 2%** in proporzione al rapporto tra indice di scadenza e indice base. Variazioni negative dell'indice non saranno invece applicate;
- d) le variazioni decorreranno dalla scadenza della rata annua, dietro il rilascio al Contraente di apposita quietanza aggiornata in base al nuovo indice di riferimento (indice di scadenza).

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

L'adeguamento automatico delle somme assicurate viene applicato dopo la maggiorazione del premio prevista dall'Art. 76 - "Aggiornamento automatico del premio in base all'età dell'Assicurato".

Condizioni generali di assicurazione

Norme comuni

Art. 76 | Aggiornamento automatico del premio in base all'età dell'Assicurato

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

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

% aumento del premio anno su anno							
Ricoveri, interventi e day hospital - Grandi interventi chirurgici - Visite e analisi - Pre e post ricovero - Diaria da ricovero - Diaria da convalescenza post ricovero - Alta specializzazione				Grandi interventi e malattie - Capitale da convalescenza			
Età anni	Percentuali	età anni	Percentuali	età anni	Percentuali	età anni	Percentuali
1	-	38	2,1%	1	2,80%	38	3,40%
2	38,6%	39	1,7%	2	2,80%	39	3,40%
3	4,5%	40	2,6%	3	2,80%	40	3,40%
4	16,6%	41	2,8%	4	2,80%	41	3,55%
5	7,2%	42	2,5%	5	2,80%	42	3,55%
6	8,8%	43	2,2%	6	2,80%	43	3,55%
7	4,4%	44	2,7%	7	2,80%	44	3,55%
8	3,6%	45	2,4%	8	2,80%	45	3,55%
9	4,0%	46	2,2%	9	2,80%	46	3,55%
10	4,3%	47	2,1%	10	2,80%	47	3,55%
11	4,8%	48	2,0%	11	3,10%	48	3,55%
12	4,0%	49	2,1%	12	3,10%	49	3,55%
13	3,9%	50	2,3%	13	3,10%	50	3,55%
14	4,1%	51	3,5%	14	3,10%	51	4,00%
15	4,0%	52	2,8%	15	3,10%	52	4,00%
16	4,9%	53	2,7%	16	3,10%	53	4,00%
17	3,6%	54	2,9%	17	3,10%	54	4,00%
18	3,8%	55	2,8%	18	3,10%	55	4,00%
19	5,3%	56	4,0%	19	3,10%	56	4,00%
20	5,4%	57	2,8%	20	3,10%	57	4,00%
21	5,3%	58	2,7%	21	3,25%	58	4,00%
22	4,1%	59	2,7%	22	3,25%	59	4,00%
23	3,3%	60	2,6%	23	3,25%	60	4,00%
24	2,2%	61	4,1%	24	3,25%	61	4,20%
25	1,6%	62	3,2%	25	3,25%	62	4,20%
26	1,6%	63	3,0%	26	3,25%	63	4,20%
27	2,1%	64	3,3%	27	3,25%	64	4,20%
28	2,0%	65	3,3%	28	3,25%	65	4,20%
29	2,0%	66	4,2%	29	3,25%	66	4,20%
30	2,2%	67	3,2%	30	3,25%	67	4,20%
31	3,0%	68	3,4%	31	3,40%	68	4,20%
32	1,9%	69	3,4%	32	3,40%	69	4,20%
33	1,8%	70	7,1%	33	3,40%	70	4,20%
34	1,8%	71	3,3%	34	3,40%	71	4,40%
35	1,8%	72	3,2%	35	3,40%	72	4,40%
36	2,0%	73	3,2%	36	3,40%	73	4,40%
37	1,7%	74 ed oltre	3,2%	37	3,40%	74 ed oltre	4,40%

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

Successivamente al premio così determinato, vengono sommati i premi delle restanti garanzie eventualmente prestate, che non prevedono l'aggiornamento automatico del premio in base all'età; all'importo così ottenuto viene quindi applicata l'indicizzazione (come regolato dal precedente Art. 75 - "Indicizzazione e adeguamento automatico del premio"). Al premio imponibile annuale ottenuto sulla base di quanto sopra indicato, eventualmente suddiviso in base al numero di rate previste dal frazionamento, vengono applicate le relative imposte.

Condizioni generali di assicurazione

ALLEGATO 1 - Elenco grandi interventi

Cardiochirurgia

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

Collo

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

Esofago

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

Pancreas - Milza

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

Stomaco - Duodeno

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

Retto - Ano

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

Peritoneo

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

Condizioni generali di assicurazione

ALLEGATO 1 - Elenco grandi interventi

Fegato e vie biliari

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

Intestino

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

Torace

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

Faccia e bocca

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

Urologia

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

Ginecologia

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

Condizioni generali di assicurazione

ALLEGATO 1 - Elenco grandi interventi

Chirurgia del sistema nervoso

- Craniotomia per lesioni traumatiche intracerebrali;
- Interventi per deviazioni liquorale diretta e indiretta;
- Operazioni endocraniche per ascesso ed ematoma intracranici;
- Rizotomia chirurgica e micro decompressione endocranica dei nervi cranici;
- Anastomosi endocranica dei nervi cranici;
- Intervento sulla ipofisi per via transfenoidale;
- Asportazione di neoplasie endocraniche e trattamenti chirurgici degli aneurismi intracranici;
- Interventi per epilessia focale;
- Emisferectomia;
- Neurotomia retrogasseriana - sezione intracranica di altri nervi;
- Talamotomia - pallidotomia ed altri interventi simili;
- Asportazione di neoplasie del rachide intra ed extra midollari;
- Interventi per patologie intramidollari e per traumi vertebro-midollari con stabilizzazione chirurgica;
- Ernia del disco dorsale per via transtoracica;
- Interventi sul plesso brachiale;
- Asportazione di tumori dell'orbita.

Chirurgia vascolare

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

Ortopedia e traumatologia

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

Otorino

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

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

Condizioni generali di assicurazione

ALLEGATO 2 – Elenco gravi malattie

Definizioni

Cancro

Tumore maligno caratterizzato dalla crescita incontrollata e dalla diffusione di cellule maligne con invasione dei tessuti normali. La copertura esclude i tumori di carattere non invasivo in situ, benigni, premaligni e della pelle diversi dal melanoma invasivo maligno.

Qualora le conseguenze di uno dei tumori esclusi si concretizzassero in metastasi in organi differenti rispetto a quello colpito dalla prima manifestazione la copertura si intende operante.

Infarto miocardico acuto

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

Ictus cerebro-vascolare

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

Sclerosi multipla o a placche

Malattia caratterizzata da aree di demielinizzazione cerebrale e midollare spinale.

Sclerosi Laterale Amiotrofica

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

Morbo di Parkinson

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

Insufficienza renale

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

Anemia aplastica

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

Cirrosi epatica

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

Encefalite acuta

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

Definizioni

Cancro

Tumore maligno caratterizzato dalla crescita incontrollata e dalla diffusione di cellule maligne con invasione dei tessuti normali. La copertura esclude i tumori di carattere non invasivo in situ, benigni, premaligni e della pelle diversi dal melanoma invasivo maligno.

Qualora le conseguenze di uno dei tumori esclusi si concretizzassero in metastasi in organi differenti rispetto a quello colpito dalla prima manifestazione la copertura si intende operante.

Infarto miocardico acuto

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

Ictus cerebro-vascolare

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

Sclerosi multipla o a placche

Malattia caratterizzata da aree di demielinizzazione cerebrale e midollare spinale.

Sclerosi Laterale Amiotrofica

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

Morbo di Parkinson

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

Insufficienza renale

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

Anemia aplastica

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

Innesto bypass aorto coronarico

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

Trapianto di organi principali

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

Condizioni generali di assicurazione

ALLEGATO 3 - Elenco patologie Capitale da convalescenza

Definizioni

Cecità totale

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

Paralisi

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

Coma irreversibile

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

1341 c.c. Condizioni generali di contratto

Le condizioni generali di contratto predisposte da uno dei contraenti sono efficaci nei confronti dell'altro, se al momento della conclusione del contratto questi le ha conosciute o avrebbe dovuto conoscerle usando l'ordinaria diligenza.

In ogni caso non hanno effetto, se non sono specificamente approvate per iscritto, le condizioni che stabiliscono, a favore di colui che le ha predisposte, limitazioni di responsabilità, facoltà di recedere dal contratto o di sospenderne l'esecuzione, ovvero sanciscono a carico dell'altro contraente decadenze, limitazioni alla facoltà di opporre eccezioni, restrizioni alla libertà contrattuale nei rapporti coi terzi, tacita proroga o rinnovazione del contratto, clausole compromissorie o deroghe alla competenza dell'autorità giudiziaria.

1342 c.c. Contratto concluso mediante moduli o formulari

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

Si osserva inoltre la disposizione del secondo comma dell'articolo precedente.

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

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

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

Le dichiarazioni inesatte e le reticenze del contraente, relative a circostanze tali che l'assicuratore non avrebbe dato il suo consenso o non lo avrebbe dato alle medesime condizioni se avesse conosciuto il vero stato delle cose, sono causa di annullamento del contratto quando il contraente ha agito con dolo o con colpa grave.

L'assicuratore decade dal diritto d'impugnare il contratto se, entro tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza, non dichiara al contraente di volere esercitare l'impugnazione. L'assicuratore ha diritto ai premi relativi al periodo di assicurazione in corso al momento in cui ha domandato l'annullamento e, in ogni caso, al premio convenuto per il primo anno. Se il sinistro si verifica prima che sia decorso il termine indicato dal comma precedente, egli non è tenuto a pagare la somma assicurata.

Se l'assicurazione riguarda più persone o più cose, il contratto è valido per quelle persone o per quelle cose alle quali non si riferisce la dichiarazione inesatta o la reticenza.

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

Se il contraente ha agito senza dolo o colpa grave, le dichiarazioni inesatte e le reticenze non sono causa di annullamento del contratto, ma l'assicuratore può recedere dal contratto stesso, mediante dichiarazione da farsi all'assicurato nei tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza.

Se il sinistro si verifica prima che l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza sia conosciuta dall'assicuratore, o prima che questi abbia dichiarato di recedere dal contratto, la somma dovuta è ridotta in proporzione della differenza tra il premio convenuto e quello che sarebbe stato applicato se si fosse conosciuto il vero stato delle cose.

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

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

1897 c.c. Diminuzione del rischio

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

La dichiarazione di recesso dal contratto ha effetto dopo un mese.

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

Se il contraente non paga il premio o la prima rata di premio stabilita dal contratto, l'assicurazione resta sospesa fino alle ore ventiquattro del giorno in cui il contraente paga quanto è da lui dovuto.

Se alle scadenze convenute il contraente non paga i premi successivi, l'assicurazione resta sospesa dalle ore ventiquattro del quindicesimo giorno dopo quello della scadenza.

Nelle ipotesi previste dai due commi precedenti il contratto è risolto di diritto se l'assicuratore, nel termine di sei mesi dal giorno in cui il premio o la rata sono scaduti, non agisce per la riscossione; l'assicuratore ha diritto soltanto al pagamento del premio relativo al periodo di assicurazione in corso e al rimborso delle spese. (...)

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

Se per il medesimo rischio sono contratte separatamente più assicurazioni presso diversi assicuratori, l'assicurato deve dare avviso di tutte le assicurazioni a ciascun assicuratore.

Se l'assicurato omette dolosamente di dare l'avviso, gli assicuratori non sono tenuti a pagare l'indennità.

Nel caso di sinistro, l'assicurato deve darne avviso a tutti gli assicuratori a norma dell'articolo 1913, indicando a ciascuno il nome degli altri. L'assicurato può chiedere a ciascun assicuratore l'indennità dovuta secondo il rispettivo contratto, purché le somme complessivamente 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.

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

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

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

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

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

Il diritto al pagamento delle rate di premio si prescrive in un anno dalle singole scadenze. Gli altri diritti derivanti dal contratto di assicurazione e dal contratto di riassicurazione si prescrivono in due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda.

Nell'assicurazione della responsabilità civile, il termine decorre dal giorno in cui il terzo ha richiesto il risarcimento all'assicurato o ha promosso contro di questo l'azione. La comunicazione all'assicuratore della richiesta del terzo danneggiato o dell'azione da questo proposta sospende il corso della prescrizione finché il credito del danneggiato non sia divenuto liquido ed esigibile oppure il diritto del terzo danneggiato non sia prescritto. La disposizione del comma precedente si applica all'azione del riassicurato verso il riassicuratore per il pagamento dell'indennità.

Modello 9045 – Informativa sulla privacy

Informativa ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. n. 196/03 – Codice in materia di protezione dei dati personali

A) Trattamento dei suoi dati personali per finalità assicurative¹

Al fine di fornirle i servizi e/o i prodotti assicurativi e/o le prestazioni richiesti o previsti in suo favore, in qualità di Contraente/Assicurato, la nostra Società (di seguito anche "AXA") ha la necessità di disporre di dati personali che la riguardano (dati ancora da acquisire, alcuni dei quali ci debbono essere forniti da lei o da terzi per obbligo di legge², e/o dati già acquisiti, forniti da lei o da altri soggetti³) e deve trattarli nel quadro delle finalità assicurative.

Pertanto le chiediamo di esprimere il consenso per il trattamento dei suoi dati strettamente necessari per la fornitura dei suddetti servizi e/o prodotti assicurativi e/o prestazioni da parte della nostra Società e di terzi a cui tali dati saranno comunicati⁴.

Il consenso che le chiediamo riguarda anche il trattamento degli eventuali dati sensibili strettamente inerenti alla fornitura dei servizi, e/o prodotti assicurativi e/o delle prestazioni citate⁵ il cui trattamento è ammesso dalle autorizzazioni di carattere generale rilasciate dal Garante per la protezione dei dati personali. Inoltre, esclusivamente per le finalità sopra indicate e sempre limitatamente a quanto di stretta competenza in relazione allo specifico rapporto intercorrente tra lei e la nostra Società, secondo i casi, i suoi dati possono o debbono essere comunicati ad altri soggetti del settore assicurativo o di natura pubblica che operano - in Italia o all'estero - come autonomi titolari, soggetti tutti così costituenti la c.d. "catena assicurativa"⁶, in parte anche in funzione meramente organizzativa.

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

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

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

² Ad esempio, ai sensi della normativa contro il riciclaggio.

³ Ad esempio: altri soggetti inerenti al rapporto che la riguarda (contraenti di assicurazioni in cui lei risulti assicurato, beneficiario ecc.; coobbligati); altri operatori assicurativi (quali agenti, broker di assicurazione, imprese di assicurazione ecc.); soggetti che, per soddisfare le sue richieste (quali una copertura assicurativa, la liquidazione di un sinistro ecc.), forniscono informazioni commerciali; organismi associativi e consortili propri del settore assicurativo; altri soggetti pubblici.

⁴ I dati possono essere comunicati a taluni dei seguenti soggetti: società del Gruppo a cui appartiene la nostra Società, (controllanti, controllate e collegate, anche indirettamente, ai sensi delle vigenti disposizioni di legge); Società specializzate per informazione e promozione commerciale, per ricerche di mercato e per indagini sulla qualità dei servizi e sulla soddisfazione dei clienti; assicuratori, coassicuratori; agenti, subagenti, mediatori di assicurazione e di riassicurazione, produttori ed altri canali di acquisizione e gestione di contratti di assicurazione; banche, società di gestione del risparmio, sim. L'elenco completo e aggiornato dei suddetti soggetti è disponibile consultando il sito internet www.axa.it

⁵ Cioè i dati di cui all'art. 4, comma 1, lett. d) ed e), del Codice, quali dati relativi allo stato di salute, alle opinioni politiche, sindacali, religiose ovvero dati relativi a sentenze o indagini penali.

⁶ Secondo il particolare rapporto assicurativo, i dati possono essere comunicati a taluni dei seguenti soggetti:

- assicuratori, coassicuratori e riassicuratori; agenti, subagenti, mediatori di assicurazione e di riassicurazione, produttori ed altri canali di acquisizione e gestione di contratti di assicurazione; banche, società di gestione del risparmio, sim; legali; periti; medici; autofficine; centri di demolizione di autoveicoli;
- società di servizi per il quietanzamento; società di servizi a cui siano affidati la gestione, la liquidazione ed il pagamento dei sinistri, tra cui centrale operativa di assistenza, società di consulenza per tutela giudiziaria, cliniche convenzionate; società di servizi informatici e telematici o di archiviazione; società di servizi postali (per trasmissione, imbustamento, trasporto e smistamento delle comunicazioni alla clientela); società di revisione e di consulenza; società di informazione commerciale per rischi finanziari; società di servizi per il controllo delle frodi ed il monitoraggio delle attività di distribuzione; società di recupero crediti;
- società del Gruppo a cui appartiene la nostra Società (controllanti, controllate o collegate, anche indirettamente, ai sensi delle vigenti disposizioni di legge);
- ANIA (Associazione nazionale fra le imprese assicuratrici); organismi associativi e consortili propri del settore assicurativo: Concordato Cauzione Credito 1994, Pool Italiano per l'Assicurazione dei Rischi Atomici, Pool per l'Assicurazione R.C. Inquinamento, Consorzio per la Convenzione Indennizzo Diretto (CID), Ufficio Centrale Italiano (UCI), Comitato delle Compagnie di Assicurazioni Marittime in Genova, Comitato delle Compagnie di Assicurazione Marittime in Roma, Comitato delle Compagnie di Assicurazioni Marittime in Trieste, ANADI (Accordo Imbarcazioni e Navi da Diporto), SIC (Sindacato Italiano Corpi), Consorzio Italiano per l'Assicurazione Vita dei Rischi Tarati (CIRT), Pool Italiano per la Previdenza Assicurativa degli Handicap; CONSAP (Concessionaria Servizi Assicurativi Pubblici); IVASS (Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni); nonché altri soggetti, quali: UIF (Unità di Informazione Finanziaria presso la 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; Consorzi agricole di difesa dalla grandine e da altri eventi naturali; Magistratura; Forze dell'ordine (P.S.; C.C.; G.d.F.; VV.FF; VV.UU); altri soggetti o banche dati nei confronti dei quali la comunicazione dei dati è obbligatoria. L'elenco completo di tutti i predetti soggetti è costantemente aggiornato e può essere conosciuto agevolmente e gratuitamente chiedendolo al Responsabile indicato nell'informativa oppure consultando il sito internet www.axa.it.

Modello 9045 – Informativa sulla privacy

Informativa ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. n. 196/03 – Codice in materia di protezione dei dati personali

B) Trattamento dei dati personali comuni per attività di informazione e promozione commerciale

Inoltre, per migliorare i nostri servizi ed i nostri prodotti e per informarla sulle novità e le opportunità che potrebbero essere di suo interesse, vorremmo avere l'opportunità di stabilire con lei un contatto. Nel rispetto della normativa in materia di protezione dei dati le chiediamo di consentirci l'utilizzo dei suoi dati personali non sensibili.

Finalità di utilizzo dei dati personali

Se lei acconsentirà, saremo in grado di:

- compiere analisi sulla qualità dei servizi ed iniziative dedicate alla raccolta di informazioni, con lo scopo di comprendere quali sono i suoi bisogni e esigenze, le sue opinioni sui nostri prodotti e servizi; in questo modo potremo migliorare la nostra offerta
- realizzare ricerche di mercato;
- effettuare indagini statistiche;
- proporre prodotti e servizi che possano essere di suo interesse.

Potremo altresì comunicarle novità e opportunità relative a prodotti e/o servizi di:

- Società che appartengono al Gruppo AXA
- società esterne con le quali AXA ha stabilito accordi di partnership e di collaborazione.

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

Chi sono i soggetti coinvolti

Le attività di comunicazione e marketing sopra descritte potranno essere realizzate da AXA, da società appartenenti allo stesso Gruppo e dai suoi agenti e collaboratori anche avvalendosi di società esterne specializzate, nonché di società di servizi informatici, telematici, di archiviazione e postali cui vengono affidati compiti di natura tecnica od organizzativa. Tali soggetti terzi agiranno attenendosi alle istruzioni e alle procedure di sicurezza che AXA avrà definito per tutelare pienamente la sua riservatezza.

Questi soggetti svolgono la funzione di "responsabile" o di "incaricato" del trattamento dei suoi dati oppure, ove la legge lo consenta, operano come distinti "titolari" del trattamento. Il consenso che le chiediamo riguarda pertanto anche l'attività di tali soggetti.

C) Modalità d'uso dei suoi dati personali e suoi diritti

Le precisiamo inoltre che i nostri dipendenti e/o collaboratori di volta in volta interessati nell'ambito delle rispettive mansioni possono venire a conoscenza dei suoi dati quali "responsabili" o "incaricati" del trattamento. L'elenco completo dei responsabili del trattamento è disponibile sul sito Internet www.axa.it.

Modalità di uso dei suoi dati personali

I suoi dati personali sono trattati⁷ da AXA - titolare del trattamento - solo con modalità e procedure, anche informatiche e telematiche, strettamente necessarie per fornirle le prestazioni, i servizi e/o prodotti assicurativi richiesti o previsti in suo favore, ovvero, qualora vi abbia acconsentito, per ricerche di mercato, indagini statistiche e attività promozionali; sono utilizzate le medesime modalità e procedure anche quando i dati vengono comunicati per i suddetti fini ai soggetti già indicati nella presente informativa, i quali a loro volta sono impegnati a trattarli usando solo modalità e procedure strettamente necessarie per le specifiche finalità indicate nella presente informativa. Nella nostra Società, 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.

Per talune attività utilizziamo soggetti di nostra fiducia – operanti talvolta anche all'estero – che svolgono per nostro conto compiti di natura tecnica, organizzativa o gestione⁸; lo stesso fanno anche i soggetti già indicati nella presente informativa a cui i dati vengono comunicati.

⁷ Il trattamento può comportare le operazioni previste dall'art. 4, comma 1, lett. a), del Codice: raccolta, registrazione, organizzazione, conservazione, elaborazione, modificazione, selezione, estrazione, raffronto, utilizzo, interconnessione, blocco, comunicazione, cancellazione, distruzione di dati; è invece esclusa l'operazione di diffusione di dati.

⁸ Questi soggetti sono società o persone fisiche nostre dirette collaboratrici e svolgono le funzioni di responsabili del nostro trattamento dei dati. Nel caso invece che operino in autonomia come distinti "titolari" di trattamento rientrano, come detto, nella c.d. "catena assicurativa" con funzione organizzativa.

Modello 9045 – Informativa sulla privacy

Informativa ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. n. 196/03 – Codice in materia di protezione dei dati personali

I suoi diritti

Lei ha il diritto di conoscere quali sono i suoi dati presso i singoli titolari di trattamento, cioè presso la nostra Società o presso i soggetti sopra indicati a cui li comunichiamo, e come vengono utilizzati; ha inoltre il diritto di farli aggiornare, integrare, rettificare o cancellare di chiederne il blocco e di opporsi al loro trattamento⁹.

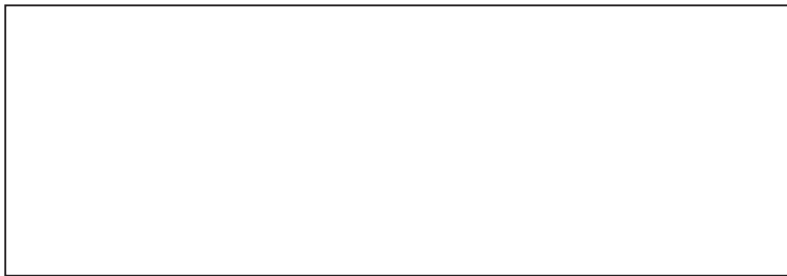
Per l'esercizio dei Suoi diritti Lei può rivolgersi a

AXA Assicurazioni S.p.A. – Corso Como, 17, 20154 – Milano (MI) – Fax: 02-43448105

e-mail: centrocompetenzaprivacy@axa.it.

⁹ Tali diritti sono previsti e disciplinati dagli artt. 7-10 del Codice. La cancellazione ed il blocco riguardano i dati trattati in violazione di legge. L'art. 7 (*Diritto di accesso ai dati personali ed altri diritti*) prevede che:

1. L'interessato ha diritto di ottenere la conferma dell'esistenza o meno di dati personali che lo riguardano, anche se non ancora registrati, e la loro comunicazione in forma intelligibile.
2. L'interessato ha diritto di ottenere l'indicazione:
 - a) dell'origine dei dati personali;
 - b) delle finalità e modalità del trattamento;
 - c) della logica applicata in caso di trattamento effettuato con l'ausilio di strumenti elettronici;
 - d) degli estremi identificativi del titolare, dei responsabili e del rappresentante designato ai sensi dell'articolo 5, comma 2;
 - e) dei soggetti o delle categorie di soggetti ai quali i dati personali possono essere comunicati o che possono venirne a conoscenza in qualità di rappresentante designato nel territorio dello Stato, di responsabili o incaricati.
3. L'interessato ha diritto di ottenere:
 - a) l'aggiornamento, la rettificazione ovvero, quando vi ha interesse, l'integrazione dei dati;
 - b) la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge, compresi quelli di cui non è necessaria la conservazione in relazione agli scopi per i quali i dati sono stati raccolti o successivamente trattati;
 - c) l'attestazione che le operazioni di cui alle lettere a) e b) sono state portate a conoscenza, anche per quanto riguarda il loro contenuto, di coloro ai quali i dati sono stati comunicati o diffusi, eccettuato il caso in cui tale adempimento si rivela impossibile o comporta un impiego di mezzi manifestamente sproporzionato rispetto al diritto tutelato.
4. L'interessato ha diritto di opporsi, in tutto o in parte:
 - a) per motivi legittimi al trattamento dei dati personali che lo riguardano, ancorché pertinenti allo scopo della raccolta;
 - b) al trattamento di dati personali che lo riguardano a fini di invio di materiale pubblicitario o di vendita diretta o per il compimento di ricerche di mercato o di comunicazione commerciale.



www.axa.it

Mod. 9131 – ed. maggio 2015 – stampa 07/2015 – CAL

Il presente fascicolo è aggiornato alla data del 31 maggio 2015.

AXA Assicurazioni S.p.A.

Corso Como, 17
20154 Milano - Italia
Tel. (+39) 02 480841
n. R.E.A. 1576311
C. F. e P.I.V.A. n. 00902170018

ridefiniamo / la protezione

