



Welfare Aziende

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

DOCUMENTO REDATTO SECONDO LE LINEE GUIDA DEL TAVOLO TECNICO ANIA -
ASSOCIAZIONI CONSUMATORI - ASSOCIAZIONI INTERMEDIARI
PER CONTRATTI SEMPLICI E CHIARI

PRIMA DELLA SOTTOSCRIZIONE LEGGERE ATTENTAMENTE IL SET INFORMATIVO



contratto di assicurazione
per le imprese, per la
copertura dei rischi relativi
alle garanzie Infortuni e
Malattia

edizione febbraio 2024

AXA Assicurazioni S.p.A.



Welfare Aziende

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

**DOCUMENTO REDATTO SECONDO LE LINEE GUIDA DEL TAVOLO TECNICO ANIA -
ASSOCIAZIONI CONSUMATORI - ASSOCIAZIONI INTERMEDIARI
PER CONTRATTI SEMPLICI E CHIARI**

PRIMA DELLA SOTTOSCRIZIONE LEGGERE ATTENTAMENTE IL SET INFORMATIVO

**contratto di assicurazione
per le imprese, per la
copertura dei rischi relativi
alle garanzie Infortuni e
Malattia**

edizione febbraio 2024

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

Capitale Sociale € 232.535.335 interamente versato - Ufficio del Registro delle Imprese di Milano-Monza-Brianza-Lodi e C. F. n. 00902170018 - P. I.V.A. GRUPPO IVA AXA ITALIA n. 10534960967 -
Numero R.E.A. della C.C.I.A.A. di Milano n. 1576311 - Direzione e coordinamento di AXA MEDITERRANEAN HOLDING SAU ai sensi dell'art. 2497 bis C.C. - Iscrizione Albo Imprese IVASS n. 1.00025 -
Capogruppo del gruppo assicurativo AXA ITALIA iscritto all'Albo Gruppi IVASS con il n. 041 - Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con Decreto del Ministero dell'Industria,
del commercio e dell'artigianato del 31 dicembre 1935 - (Gazzetta Ufficiale del 9 aprile 1936 n. 83)



Area Clienti

Vieni a scoprire la tua Area Clienti

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

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



Le tue **coperture assicurative** in essere.



La tua **posizione previdenziale**.



Le tue **condizioni contrattuali**.



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



... e molto altro ancora!



AREA CLIENTI

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

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



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

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



Glossario	1
FORMULA PERSONALIZZATA	5
Premessa	5
Sezione Malattia	5
Cosa assicuro	5
Art. 1 Ricoveri, interventi e day hospital	5
Art. 2 Grandi interventi chirurgici	8
Art. 3 Gravi malattie	9
Art. 4 Accertamenti diagnostici e analisi strumentali	11
Art. 5 Visite e analisi di laboratorio	11
Art. 6 Trattamenti fisioterapici e riabilitativi	12
Art. 7 Cure odontoiatriche (<i>rese necessarie da malattia</i>)	12
Art. 8 Cure odontoiatriche e ortodontiche (<i>rese necessarie da malattia</i>)	12
Art. 9 Lenti e occhiali	13
Art. 10 Pacchetto maternità	13
Art. 11 Check up	14
Art. 12 Assicurazione in forma integrativa	15
Tabella 1 – Sezione Malattia	16
Cosa non assicuro	18
Art. 13 Termini di aspettativa	18
Art. 14 Esclusioni	18
Come attivare le prestazioni (sezione Malattia)	20
Art. 15 Utilizzo di strutture sanitarie e medici convenzionati con AXA	20
Art. 16 Cosa fare in caso di sinistro	21
Art. 17 Criteri di liquidazione e pagamento dell'indennizzo	21
Art. 18 Anticipo indennizzo all'estero	23
Sezione Infortuni	24
Cosa assicuro	24
Art. 19 Morte	24
Art. 20 Maggiorazione dell'indennizzo in caso di commorienza dei genitori	24
Art. 21 Invalidità permanente	24
Art. 22 Franchigia Invalidità Permanente	25
Art. 23 Riconoscimento dell'intera somma assicurata in caso di invalidità permanente grave	25
Art. 24 Danno economico dell'azienda	25
Art. 25 Rimborso spese di cura da infortunio	25
Art. 26 Diaria da ricovero	26
Art. 27 Diaria da gessatura o traumi	26
Tabella 2 – Sezione Infortuni	27
Estensioni (sempre operanti)	28
Art. 28 Rischio volo	28
Art. 29 Malattie professionali	28
Art. 30 Rimborso spese per danni estetici	28
Art. 31 Ernie traumatiche o da sforzo	28
Art. 32 Rotture sottocutanee di tendini	29
Art. 33 Eventi naturali catastrofici	29
Tabella 3 – Estensioni Infortuni	29
Cosa non assicuro	30
Art. 34 Esclusioni	30
Art. 35 Limiti catastrofali	30
Come attivare le prestazioni (sezione Infortuni)	31
Art. 36 Obblighi in caso di sinistro - Infortuni	31
Art. 37 Criteri di indennizzabilità – Garanzie infortuni	31
Art. 38 Cumulo di indennità	32
Art. 39 Controversie – Arbitrato irrituale	32
Art. 40 Anticipo indennizzo sulla garanzia Invalidità permanente da infortunio	33
Sezione Assistenza	34
Premessa	34

Cosa assicurato	34
Art. 41 Prima Assistenza.....	34
Art. 42 Assistenza 360.....	39
Tabella 4 – Sezione Assistenza.....	52
Cosa non assicurato	53
Art. 43 Esclusioni.....	53
Art. 44 Limiti di esposizione.....	53
Art. 45 Responsabilità.....	53
Come attivare le prestazioni	54
Art. 46 Come richiedere i servizi di assistenza.....	54
Art. 47 Come richiedere il servizio di Second opinion.....	54
Art. 48 Comunicazioni e variazioni.....	54
FORMULA A PACCHETTI	55
Premessa.....	55
Tabella 5 – Tabella riassuntiva pacchetti e garanzie.....	55
Art. 49 Applicabilità della formula A pacchetti.....	56
Tabella 6 – Pacchetto Regular.....	56
Tabella 7 – Pacchetto Medium.....	56
Tabella 8 – Pacchetto Large.....	57
Tabella 9 – Pacchetto Premium.....	57
Art. 50 Pacchetto integrativo al Fondo Est.....	58
Tabella 10 – Pacchetto Integrativo Fondo Est.....	58
Norme comuni	59
Art. 51 Estensione territoriale.....	59
Art. 52 Rischio guerra.....	59
Art. 53 Diritto di surrogazione.....	59
Art. 54 Modifiche dell'assicurazione.....	59
Art. 55 Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio.....	59
Art. 56 Aggravamento del rischio (solo per la Sezione Infortuni).....	59
Art. 57 Diminuzione del rischio (solo per la Sezione Infortuni).....	59
Art. 58 Altre assicurazioni.....	59
Art. 59 Persone non assicurabili.....	60
Art. 60 Limiti di età.....	60
Art. 61 Recesso in caso di sinistro (solo per la Sezione Infortuni).....	60
Art. 62 Pagamento del premio e decorrenza della garanzia.....	60
Art. 63 Indicizzazione e adeguamento automatico del premio.....	61
Art. 64 Proroga e periodo di assicurazione.....	61
Art. 65 Persone assicurabili.....	62
Art. 66 Identificazione degli assicurati.....	63
Art. 67 Oneri fiscali.....	63
Art. 68 Assicurazione per conto altrui – Titolarità dei diritti e obblighi nascenti dalla polizza.....	63
Art. 69 Foro competente.....	63
Art. 70 Rinvio alle norme di legge.....	63
Art. 71 Forma delle comunicazioni.....	63
Art. 72 Paesi soggetti a sanzioni internazionali - Clausola di esclusione per sanzioni economiche e finanziarie.....	63
ALLEGATO 1 – Elenco grandi interventi	64
ALLEGATO 2 – Elenco patologie gravi malattie	67
Articoli di legge	68
INFORMATIVA PRIVACY	70
INFORMATIVA SULL'USO DELLE TECNICHE DI COMUNICAZIONE A DISTANZA	78

LA POLIZZA IN SINTESI

WELFARE AZIENDE è un prodotto modulare che si rivolge alle imprese e rappresenta una soluzione dedicata alla protezione dei dipendenti. Il prodotto offre tutele concrete che l'imprenditore può mettere a disposizione dei propri dipendenti, migliorando la serenità loro e delle loro famiglie e generando un ambiente di lavoro sereno, stabile e sicuro.

Il prodotto garantisce una protezione completa e flessibile con una struttura basata su due formule di copertura:

- **Personalizzata:** permette di avere un elevato livello di personalizzazione della propria polizza scegliendo tra le tre sezioni di copertura disponibili: Malattia, Infortuni e Assistenza.
- **A Pacchetti:** permette di avere una soluzione semplice grazie alla presenza di pacchetti costituiti da garanzie acquistabili in un'unica soluzione. I pacchetti sono caratterizzati da livelli di copertura che crescono in funzione della maggiore ampiezza delle coperture assicurative inserite (REGULAR, MEDIUM, LARGE e PREMIUM).

Di seguito una tabella che riassume le aree di copertura disponibili (Malattia, Infortuni e Assistenza) a seconda della formula selezionata.

COPERTURE	FORMULA	
	<i>Personalizzata</i>	<i>A Pacchetti</i>
Malattia	X	X
Infortuni	X	
Assistenza	X	X

Le informazioni relative all'assicurazione riportate in questa pagina hanno lo scopo di richiamare l'attenzione su alcuni aspetti relativi alle condizioni del contratto di assicurazione che sono riportate nelle pagine seguenti.

Si conviene pertanto quanto segue:

- l'assicurazione è operante esclusivamente per le garanzie per le quali è stato corrisposto il relativo premio e per le persone indicate in polizza;
- l'assicurazione è prestata per le somme assicurate indicate in polizza;
- alcune garanzie possono prevedere limiti di indennizzo/risarcimento, scoperti e/o franchigie indicati sulla polizza o nelle Condizioni di Assicurazione;
- le limitazioni e le esclusioni contrattuali, che possono comportare la riduzione o il mancato pagamento dell'indennizzo, sono esplicitate negli articoli delle Condizioni di Assicurazione evidenziate con retinatura.

PAGINA BIANCA

Alle seguenti definizioni, che integrano a tutti gli effetti la normativa contrattuale, 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
Adesione:	copertura assicurativa per singoli dipendenti e non per intera categoria omogenea.
Arbitrato:	le Parti, di comune accordo, rinunciano al ricorso all'Autorità Giudiziaria ordinaria per risolvere controversie che riguardano l'interpretazione o l'esecuzione del contratto. Esso può essere rituale, quando la decisione degli arbitri (lodo) ha efficacia pari alla sentenza di un giudice, oppure irrituale quando gli arbitri regolano senza particolare formalità il rapporto controverso, e la loro decisione è vincolante solo tra le Parti.
Assicurato:	il soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione. Ad esso deve essere consegnata copia delle Condizioni di Assicurazione. Nel caso di polizza stipulata tramite Cassa di Assistenza AXA l'Assicurato coincide con il "Socio Beneficiario".
Assicurazione:	il contratto di assicurazione.
Assistenza	l'aiuto tempestivo, in denaro o in natura, fornito all'Assicurato che si trovi in difficoltà a seguito del verificarsi di un sinistro, tramite la Centrale Operativa della INTER PARTNER ASSISTANCE S.A. Rappresentanza Generale per l'Italia.
Assistenza Infermieristica:	l'assistenza prestata da personale in possesso di specifica qualifica (diploma di infermiere).
AXA:	AXA Assicurazioni S.p.A.
AXA Assistance:	INTER PARTNER ASSISTANCE S.A. - Rappresentanza Generale per l'Italia - Via Carlo Pesenti, 121 - 00156 Roma.
Cartella Clinica:	documento ufficiale avente la natura di atto pubblico, redatto durante la degenza, diurna o con pernottamento in istituto di cura, contenente le generalità del paziente per esteso, diagnosi di ingresso e dimissione, anamnesi patologica remota e prossima, interventi chirurgici eseguiti, terapie effettuate, esami e diario clinico, la Scheda di Dimissione Ospedaliera (S.D.O.).
Cassa di Assistenza AXA:	Associazione avente esclusivamente fine assistenziale costituita su iniziativa di AXA Assicurazioni S.p.A. La Cassa ha sede in Milano, Corso Como, 17.
Centrale operativa:	la struttura organizzativa di Inter Partner Assistance S.A. – Rappresentanza Generale per l'Italia – Via Carlo Pesenti 121 - 00156 Roma – costituita da risorse umane ed attrezzature, in funzione 24 ore su 24 e tutti i giorni dell'anno, che provvede a garantire il contatto telefonico con l'Assicurato, organizzare gli interventi sul posto ed erogare, con costi a carico della Società, le prestazioni di assistenza previste in polizza.
Centro medico:	struttura dotata di direzione sanitaria, regolarmente autorizzata come da normativa vigente all'erogazione di prestazioni sanitarie diagnostiche o terapeutiche (esami diagnostici strumentali, analisi di laboratorio, utilizzo di apparecchiature elettromedicali, trattamenti fisioterapici e rieducativi). Tale struttura può anche non essere adibita al ricovero, e non deve essere finalizzata a trattamenti di natura estetica.
Chirurgia bariatrica:	detta anche "chirurgia dell'obesità". Interventi chirurgici aventi la finalità di ridurre l'assunzione di cibo attraverso la diminuzione della capacità gastrica (interventi restrittivi) o della capacità di assorbimento dei cibi da parte dell'intestino (interventi malassorbitivi).
Contraente:	il soggetto che stipula l'assicurazione. In caso di sottoscrizione della polizza tramite Cassa di Assistenza AXA, il Contraente si intenderà la Cassa di Assistenza AXA stessa; in caso di sottoscrizione senza l'ausilio della Cassa di Assistenza AXA, il Contraente si intenderà l'azienda.
Convalescenza:	periodo di tempo successivo alla dimissione dall'istituto di cura, necessario per la guarigione clinica, ovvero per la stabilizzazione dei postumi permanenti.
Cure odontoiatriche:	si riferiscono a tutte le procedure mediche e terapeutiche coinvolte nella prevenzione,

	diagnosi e trattamento delle patologie dentali. Queste cure comprendono esami di routine, pulizia dei denti, otturazioni dentali, trattamenti canalari, estrazioni, impianti dentali e altre procedure volte a mantenere la salute e la funzionalità dei denti e della bocca in generale.
Cure ortodontiche:	ramo specializzato della odontoiatria che si concentra sulla correzione delle malocclusioni dentali e delle disarmonie mascellari. Queste cure mirano a migliorare la funzione e l'estetica della bocca, trattando problemi come denti storti, morsi incrociati, sovrapposizioni, sporgenze e problemi di allineamento dentale.
Day Hospital:	degenza in istituto di cura senza pernottamento non comportante intervento chirurgico, con redazione di cartella clinica. Non è considerato Day hospital la permanenza in Istituto di Cura presso il Pronto Soccorso.
Day Surgery:	degenza in istituto di cura senza pernottamento e comportante intervento chirurgico terapeutico, con redazione di cartella clinica. Non è considerato Day surgery la permanenza in Istituto di Cura presso il Pronto Soccorso.
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.
Evento (sez. malattia):	Prestazioni Ospedaliere: il singolo ricovero (ad eccezione per i ricoveri ravvicinati dell'Art. 17, punto 6), day hospital/day surgery o intervento chirurgico ambulatoriale. La data dell'evento è quella in cui si è verificato il ricovero, day hospital/day surgery o l'intervento chirurgico ambulatoriale. Prestazioni Extraospedaliere: l'insieme di tutti gli accertamenti, le visite e gli esami riguardanti la stessa patologia, inviati contemporaneamente relativi alla stessa garanzia. La data dell'evento è quella della prima prestazione sanitaria erogata relativa allo specifico evento.
Estero:	Il territorio diverso da Repubblica Italiana, Repubblica di San Marino e Città del Vaticano.
Forma diretta:	modalità di liquidazione della prestazione da parte di AXA all'Istituto di Cura appartenente al Network convenzionato. Per ogni prestazione, tale modalità deve essere preventivamente autorizzata dalla Struttura Operativa, senza preventivo esborso di denaro da parte dell'assicurato, ad eccezione di prestazioni non autorizzate e limiti previsti dalla propria copertura assicurativa.
Forma indiretta/rimborso:	modalità di liquidazione della prestazione da parte di AXA con rimborso all'Assicurato ad eccezione di prestazioni non autorizzate e limiti previsti dalla propria copertura assicurativa.
Franchigia:	la parte di indennizzo espressa in cifra fissa che rimane a carico dell'Assicurato.
Franchigia relativa:	la franchigia si dice relativa quando la sua applicazione dipende dall'entità del Danno subito, nel senso che se il Danno è inferiore o uguale all'ammontare della franchigia l'assicuratore non corrisponde l'indennizzo, ma se il Danno è superiore, l'assicuratore lo indennizza senza tener conto della franchigia.
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.
Grande intervento chirurgico:	l'intervento terapeutico mediante uso di strumenti chirurgici, rientrante nell'Elenco dei grandi interventi chirurgici.
Guerra:	per guerra si intende ogni attività derivante dalla partecipazione effettiva o tentata nell'uso di forza militare tra nazioni. Rientrano nella definizione di guerra la guerra civile, le rivoluzioni e le invasioni.
Indennità sostitutiva:	importo giornaliero erogato dalla Società in caso di ricovero o day hospital/day surgery, corrisposto in assenza di richiesta di rimborso delle spese sostenute per le prestazioni effettuate durante il ricovero o il day hospital/day surgery stesso.
Indennizzo:	la somma dovuta da AXA Assicurazioni S.p.A. all'assicurato in caso di sinistro ai sensi delle Condizioni di Assicurazione.
Infortunio:	ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili.
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).

Intervento Chirurgico Ambulatoriale:	intervento di piccola chirurgia non in regime di ricovero, effettuato da medico chirurgo presso Istituto di Cura, Centro Medico o studio medico chirurgico.
Invalidità permanente:	l'incapacità fisica definitiva e irrimediabile dell'assicurato a svolgere, in tutto o in parte, qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla professione esercitata.
IPA:	INTER PARTNER ASSISTANCE S.A. - Rappresentanza Generale per l'Italia - Via Carlo Pesenti, 121 - 00156 Roma.
Istituto di cura:	ospedale, clinica, casa di cura o istituto universitario, regolarmente autorizzati, in base ai requisiti di legge e delle competenti Autorità, all'erogazione dell'assistenza ospedaliera, anche in regime di degenza diurna. 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.
IVASS:	istituto per la vigilanza sulle Assicurazioni, denominazione assunta da ISVAP dal 1 gennaio 2013.
Malattia:	ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio. La gravidanza non è considerata malattia.
Malformazione:	deviazione dal normale assetto morfologico di un organismo o di parti di suoi organi per condizioni morbose congenite.
Manifestazione:	sintomatologia oggettiva della malattia.
Massimale:	la somma fino alla concorrenza della quale, per ciascun anno assicurativo, AXA presta la garanzia. Qualora non diversamente indicato in polizza, si intende applicato per nucleo familiare.
Network convenzionato:	l'insieme delle strutture sanitarie costituite da strutture sanitarie, istituti di cura, ambulatori medici e medici, convenzionati con la Struttura Operativa, che forniscono le prestazioni il cui costo, se preventivamente autorizzato, viene sostenuto da AXA Assicurazioni, in nome e per conto dell'Assicurato, nei limiti di quanto previsto dalle condizioni contrattuali. Alcune strutture possono essere convenzionate anche esclusivamente per determinate prestazioni sanitarie.
Nucleo familiare:	il coniuge (fiscalmente a carico e non) se non legalmente separato, il convivente more uxorio, definendo per tale il convivente non coniugato del dipendente che abbia analoga residenza: i figli fiscalmente a carico, anche se non conviventi; i figli fiscalmente non a carico purché conviventi (fino al 26° anno di età).
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).
Parti:	il Contraente ed AXA.
Polizza:	il documento che prova l'assicurazione.
Premio:	la somma dovuta dal Contraente ad AXA.
Questionario Sanitario:	documento contenente le informazioni sullo stato di salute dell'Assicurato, compilato e sottoscritto dal medesimo o dalla persona che esercita la potestà, che costituisce parte integrante della polizza.
RAL:	per Retribuzione Annuale Lorda complessiva si intende quella presa a base per il calcolo del TFR.
Ricovero:	la degenza, comportante almeno un pernottamento, in istituto di cura, documentato da una Cartella Clinica (anche in formato digitale).
Rischio:	la probabilità che si verifichi il sinistro.
Rottura sottocutanea di tendini:	la rottura dei tendini senza lesione dei tessuti sovrastanti.
Scoperto:	quota parte delle spese sostenute, espressa in percentuale, che rimane a carico

	dell'Assicurato.
Sforzo:	l'impiego improvviso e anomalo di energie muscolari straordinarie per far fronte ad un evento eccezionale ed inaspettato.
Sinistro:	il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata l'assicurazione.
Società:	AXA Assicurazioni S.p.A.
Socio Beneficiario:	beneficiario delle prestazioni di polizza, come stabilito dagli obblighi del Socio Ordinario, formalizzati secondo la legge vigente; viene indicato nel simlo di polizza.
Socio Ordinario:	l'azienda che ha degli obblighi formalizzati, secondo la normativa vigente, nei confronti dei propri dipendenti (Soci Beneficiari); viene indicato nel simlo di polizza.
SSN:	Servizio Sanitario Nazionale.
Termini di aspettativa:	il periodo successivo alla data d'effetto dell'assicurazione durante il quale non è operante la copertura.
Terremoto:	movimento brusco e repentino della crosta terrestre dovuto a cause endogene. Le scosse registrate nelle 72 ore successive ad ogni evento che ha dato luogo al Sinistro indennizzabile sono attribuite ad un medesimo episodio tellurico e i relativi danni sono considerati pertanto "singolo Sinistro".
Trattamenti Fisioterapici:	prestazioni di medicina fisica e riabilitativa eseguiti da medico o da professionista fornito di laurea in fisioterapia o titolo equivalente riconosciuto in Italia, tese a rendere possibile il recupero delle funzioni di uno o più organi o apparati colpiti da malattia o infortunio indennizzabili a termine di polizza. Dalla presente copertura dovranno, in ogni caso, ritenersi escluse tutte le prestazioni finalizzate al trattamento di problematiche di natura estetica, nonché le prestazioni eseguite con strumenti il cui utilizzo preminente avvenga nell'ambito della medicina estetica. Ogni ciclo di trattamenti fisioterapici e rieducativi deve essere prescritto da medico specialista la cui specializzazione sia congrua con la patologia certificata. Come ciclo di trattamenti fisioterapici e rieducativi si intendono massimo 10 (dieci) sedute.
Ubrachezza:	la presenza di tasso alcolemico pari o superiore a 0,8 grammi/litro.
Visita specialistica:	visita effettuata da medico fornito di specializzazione, per diagnosi e prescrizioni di terapie cui tale specializzazione si riferisce. Sono ammesse esclusivamente le visite di medicina tradizionale, con esclusione di quelle effettuate da medici praticanti le medicine alternative. Sono altresì escluse le specializzazioni in Medicina Generale e Pediatria di routine.

L'uso di caratteri di particolare rilievo grafico, quali ad esempio il grassetto o il maiuscoletto, sono stati utilizzati con lo scopo di porre attenzione sugli elementi contrattuali di particolare importanza o per aiutare la lettura di un articolo qualora presenti diverse casistiche di operatività. Ti invitiamo a porre maggiore attenzione tutte le parti del testo che contengono tali elementi.

FORMULA PERSONALIZZATA

Premessa

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

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

*"Trattamenti fisioterapici e riabilitativi" e "cure odontoiatriche" o "cure odontoiatriche e ortodontiche" sono garanzie obbligatorie esclusivamente con Contraenza Cassa e sono necessariamente in abbinamento (i.e. se viene selezionata la garanzia cure odontoiatriche deve essere inclusa nella polizza anche la garanzia trattamenti fisioterapici e riabilitativi, e viceversa).

Sezione Malattia

Cosa assicuro

Art. 1 | Ricoveri, interventi e day hospital

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

AXA rimborsa all'Assicurato, **fino alla concorrenza del massimale indicato in polizza per nucleo e anno assicurativo**, le spese sostenute: PRIMA, DURANTE, DOPO il periodo di ricovero con/senza intervento, day hospital/day surgery o intervento chirurgico ambulatoriale come di seguito descritto nel presente articolo.

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

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

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

Condizioni di Assicurazione

Norme che regolano l'assicurazione – sezione malattia

- c) onorari del chirurgo, del personale medico di supporto all'intervento, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento, diritti di sala operatoria e materiale di intervento (ivi compresi gli apparecchi terapeutici e le endoprotesi applicati durante l'intervento);
- d) assistenza medica ed infermieristica, cure, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali, visite specialistiche, accertamenti diagnostici, esami ed analisi di laboratorio;
- e) rette di degenza senza alcuna limitazione giornaliera per i ricoveri effettuati in forma diretta (deve essere compresa sia la struttura sanitaria che l'equipe medica); per tutti gli altri ricoveri effettuati non in forma diretta l'assicurazione è prestata con i limiti indicati nella "Tabella 1 - Sezione Malattia". Non sono mai ricomprese le spese accessorie non strettamente necessarie per il ricovero. Nel caso in cui sia assicurata la sola categoria "Amministratori" con massimale per ricoveri, interventi e day hospital a **€5.000.000**, le rette di degenze sono prestate senza alcuna limitazione giornaliera.
La retta di degenza verrà rimborsata solo in caso di ricovero con/senza intervento o day hospital/day surgery;
- f) rette per vitto e pernottamento nell'istituto di cura di un accompagnatore l'assicurazione è prestata nei limiti indicati nella "Tabella 1 - Sezione Malattia. Nel caso in cui sia assicurata la sola categoria "Amministratori" con massimale per ricoveri, interventi e day hospital a **€5.000.000**, le rette di per vitto e pernottamento di un accompagnatore sono prestate senza alcuna limitazione giornaliera.
- 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) 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 con i limiti indicati nella "Tabella 1 - Sezione Malattia" purché le spese siano effettuate durante la validità del contratto;
- j) neonati e feto: - in caso di parto indennizzabile a termini di polizza, l'assicurazione è prestata con i limiti indicati nella "Tabella 1 - Sezione Malattia" 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.

Qualora l'Assicurato non abbia richiesto ad AXA alcun rimborso relativo a spese "Durante il ricovero con/senza intervento" o "Durante il day hospital/day surgery", AXA corrisponde per:

- ogni giorno di ricovero;
- ogni giorno di day hospital/day surgery,

un'indennità sostitutiva nei limiti indicati nella "Tabella 1 - Sezione Malattia."

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

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

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

- k) trasporto dell'Assicurato con mezzo sanitariamente attrezzato, idoneo secondo la gravità del caso, per il rientro al domicilio al momento della dimissione;
- l) visite specialistiche, accertamenti diagnostici (compresi gli onorari medici), esami ed analisi di laboratorio, prestazioni mediche, chirurgiche, prestazioni infermieristiche, medicinali, trattamenti fisioterapici o rieducativi, cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera) effettuati nei **120 giorni successivi** (entro i limiti riportati in polizza) alla cessazione del ricovero con/senza intervento, alla data del day hospital/day surgery o dell'intervento chirurgico ambulatoriale purché inerenti la malattia o l'infortunio che hanno determinato il ricovero o intervento chirurgico. I

- trattamenti fisioterapici e rieducativi nonché le cure termali verranno rimborsati solo in caso di ricovero con/senza intervento o day surgery o intervento chirurgico ambulatoriale;
- m) acquisto o noleggio, effettuato nei **120 giorni** successivi alla cessazione del ricovero con/senza intervento, alla data del day surgery o dell'intervento chirurgico ambulatoriale, purché inerente la malattia o l'infortunio che hanno determinato il ricovero o l'intervento chirurgico:
- di stampelle, carrozzine, corsetti, tutori e materasso antidecubito;
 - di apparecchi protesici (comprese le protesi acustiche, esclusi occhiali e lenti a contatto), di parrucca a seguito di terapie chemioterapiche;
 - di apparecchiature fisioterapiche purché prescritte da medico specialista;
- l'assicurazione è prestata con i limiti indicati nella "Tabella 1 - Sezione Malattia".

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

1.4. Limiti d'indennizzo

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

- parto fisiologico fino a € 3.000,00 (senza applicazione di scoperti o franchigie).
- parto con taglio cesareo e per l'aborto terapeutico fino a € 6.500,00 (senza applicazione di scoperti o franchigie).

Fermi i limiti sopra riportati, in caso di parto cesareo e aborto terapeutico o parto fisiologico, AXA rimborsa esclusivamente le prestazioni previste ai punti b) c) d) e) f) h) j) k);

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

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

1.5. Scoperto

Fermi i limiti di indennizzo previsti, il rimborso delle spese, relative alle prestazioni contenute dalla lettera a) alla lettera m) del presente articolo, sarà effettuato con l'applicazione di uno scoperto come indicato nella "Tabella 1 - Sezione Malattia." Tale scoperto non si applica:

- alle spese sostenute, previa autorizzazione della Centrale Operativa, presso strutture e medici convenzionati e anche nel caso di sinistri relativi agli eventi compresi al punto 1.4 "Limiti d'indennizzo" – "Ricoveri, interventi e day hospital";
- alle spese sostenute nell'ambito dell'opzione massimale di €5.000.000 per la sola categoria amministratori.

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

1.6. Per la sola Opzione con massimale di € 100.000,00

Nel caso la garanzia sia valida nella forma con massimale di € 100.000,00, non sono operanti le prestazioni indicate nei punti a) b) k) l) m). Il limite giornaliero per le rette di degenza (punto e) per ricoveri effettuati non in forma diretta è quello indicato nella "Tabella 1 - Sezione Malattia". Non sono mai comprese le spese accessorie non strettamente necessarie per il ricovero.

Qualora l'Assicurato non abbia richiesto ad AXA alcun rimborso relativo a spese "Durante il ricovero con/senza intervento" o "Durante il day hospital/day surgery", a parziale deroga di quanto indicato al punto 1.2, sarà corrisposta un'indennità sostitutiva, con i limiti indicati nella "Tabella 1 - Sezione Malattia", per

la garanzia è prestata con i limiti indicati nella “Tabella 1 - Sezione Malattia” purché le spese siano effettuate durante la validità del contratto.

Qualora l'Assicurato non abbia richiesto ad AXA alcun rimborso relativo a spese “Durante il ricovero con/senza intervento” o “Durante il day hospital/day surgery”, AXA corrisponde per:

- ogni giorno di ricovero;
- ogni giorno di day hospital/day surgery,

un'indennità sostitutiva nei limiti indicati nella “Tabella 1 - Sezione Malattia.”

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

2.3. DOPO il ricovero per grande intervento chirurgico:

- trasporto dell'Assicurato con mezzo sanitariamente attrezzato, idoneo secondo la gravità del caso, per il rientro al domicilio al momento della dimissione;
- visite specialistiche, accertamenti diagnostici (compresi gli onorari medici), esami ed analisi di laboratorio, prestazioni mediche, chirurgiche, prestazioni infermieristiche, medicinali, trattamenti fisioterapici o rieducativi, cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera) effettuati nei **120 giorni successivi** (entro i limiti riportati in polizza) alla cessazione del ricovero con intervento, alla data del day surgery o dell'intervento chirurgico ambulatoriale purché inerenti la malattia o l'infortunio che hanno determinato il ricovero o intervento chirurgico.
- acquisto o noleggio, effettuato nei **120 giorni successivi** alla cessazione del ricovero con/senza intervento, alla data del day surgery o dell'intervento chirurgico ambulatoriale, purché inerente la malattia o l'infortunio che hanno determinato il ricovero o l'intervento chirurgico:
 - di stampelle, carrozzine, corsetti, tutori e materasso antidecubito;
 - di apparecchi protesici (comprese le protesi acustiche, esclusi occhiali e lenti a contatto), di parrucca a seguito di terapie chemioterapiche;
 - di apparecchiature fisioterapiche purché prescritte da medico specialista;prestato con i limiti indicati nella “Tabella 1 - Sezione Malattia”.

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

2.4. Limiti d'indennizzo

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

- le prestazioni relative al trasporto dell'Assicurato indicate nei punti b) h) j) sono operanti con i limiti indicati nella “Tabella 1 - Sezione Malattia” **senza applicazione di scoperti o franchigie. Il predetto limite non si applica agli amministratori quando unica categoria assicurata con massimale per ricoveri, interventi e day surgery a €5.000.000.**

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

Art. 3 | Gravi malattie

La garanzia opera in caso di ricovero con/senza intervento, day hospital/day surgery o intervento chirurgico ambulatoriale reso necessario da una patologia definita nell'allegato 2 delle presenti condizioni di assicurazione “Elenco gravi malattie”.

AXA rimborsa all'Assicurato, **fino alla concorrenza del massimale indicato in polizza per nucleo e per anno assicurativo**, le spese sostenute: PRIMA, DURANTE, DOPO il periodo di ricovero con/senza intervento, day surgery o intervento chirurgico ambulatoriale e DURANTE il day hospital come di seguito descritto nel presente articolo.

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

- visite specialistiche, accertamenti diagnostici (compresi gli onorari medici), esami ed analisi di laboratorio, effettuati nei **120 giorni** precedenti l'inizio del ricovero, la data del day surgery o dell'intervento chirurgico

Condizioni di Assicurazione

Norme che regolano l'assicurazione – sezione malattia

ambulatoriale purché inerenti alla malattia che ha 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.

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

- c) onorari del chirurgo, del personale medico di supporto all'intervento, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento, diritti di sala operatoria e materiale di intervento (ivi compresi gli apparecchi terapeutici e le endoprotesi applicati durante l'intervento);
- d) assistenza medica ed infermieristica, cure, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali, visite specialistiche, accertamenti diagnostici, esami ed analisi di laboratorio;
- e) rette di degenza;
- f) rette per vitto e pernottamento nell'istituto di cura di un accompagnatore;
- g) prestazioni di cui ai punti precedenti relative al ricovero del donatore per il prelievo, trasporto di organi o parti di essi se l'Assicurato è ricevente, oppure sostenute per l'espianto di organi o parti di essi se l'Assicurato è donatore vivente;
- h) 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) cure dentarie e applicazione di protesi dentarie (comprese il costo di quest'ultime), effettuate anche in assenza di ricovero, rese necessarie a seguito di neoplasie maligne purché le spese siano effettuate durante la validità del contratto.

Qualora l'Assicurato non abbia richiesto ad AXA alcun rimborso relativo a spese "DURANTE il ricovero con/senza intervento, day surgery o intervento chirurgico ambulatoriale ", AXA corrisponde, per ogni giorno di ricovero, un'**indennità sostitutiva di € 140,00 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.

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

- 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) visite specialistiche, accertamenti diagnostici (compresi gli onorari medici), esami ed analisi di laboratorio, prestazioni mediche, chirurgiche, prestazioni infermieristiche, trattamenti fisioterapici o rieducativi, cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera) effettuati nei 120 giorni successivi alla cessazione del ricovero con/senza intervento, alla data del day surgery o dell'intervento chirurgico ambulatoriale purché inerenti la malattia che ha determinato il ricovero o intervento chirurgico.
- l) acquisto o noleggio, **fino ad un massimo di € 1.500,00** 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 alla malattia che ha 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), parrucca a seguito di terapie chemioterapiche;
 - di apparecchiature fisioterapiche purché prescritte da medico specialista.

3.4. 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:

- m) accertamenti diagnostici;
- n) assistenza medica e infermieristica;
- o) trattamenti fisioterapici e rieducativi, farmacologici e radioterapici;
- p) rette di degenza.

Le prestazioni previste durante il day hospital si intendono estese anche al caso di permanenza superiore a 8 ore presso il Pronto Soccorso.

Qualora l'Assicurato non abbia richiesto ad AXA alcun rimborso relativo a spese di cui sopra, AXA corrisponde

un'indennità sostitutiva di **€ 70,00** per ogni giorno di day hospital oppure di permanenza superiore a 8 ore presso il Pronto Soccorso, con il **massimo di 120 giorni** per anno assicurativo.

L'indennità verrà corrisposta nella misura del 100% della somma assicurata nei casi in cui:

- l'invalidità permanente accertata sia di grado pari o superiore al 60% della totale,
- l'infortunio abbia comportato uno stato comatoso irreversibile per un periodo ininterrotto di 180 giorni consecutivi
- l'infortunio abbia comportato uno stato vegetativo persistente per un periodo ininterrotto di 180 giorni consecutivi

comprovati come disposto dall'Art. 37 "Criteri di indennizzabilità infortuni" - sezione Invalidità permanente.

3.5. Limiti d'indennizzo

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

- le prestazioni relative al trasporto dell'Assicurato indicate nei punti b) h) j) sono operanti con i limiti indicati nella "Tabella 1 - Sezione Malattia" senza applicazione di scoperti o franchigie. Il predetto limite non si applica agli amministratori quando unica categoria assicurata con massimale per ricoveri, interventi e day surgery a €5.000.000.

Fermi i limiti di indennizzo previsti, il rimborso delle spese sarà effettuato senza l'applicazione di scoperti e minimi sia presso strutture e medici convenzionati sia fuori dal convenzionamento.

Art. 4 | Accertamenti diagnostici e analisi strumentali

AXA rimborsa all'Assicurato, **fino alla concorrenza del massimale indicato in polizza, per nucleo e per anno assicurativo**, le spese sostenute per le seguenti prestazioni rese necessarie da malattia o infortunio:

- le spese per prestazioni sanitarie prescritte da medico curante o da medico specialista e dovranno essere congrui con la patologia certificata;
- terapie ambulatoriali rese necessarie da neoplasie.

Il rimborso delle spese previste dal presente articolo viene effettuato fino alla concorrenza dei massimali indicati in polizza e con l'applicazione dello scoperto nel limite indicato nella "Tabella 1 - Sezione Malattia" a carico dell'Assicurato con il minimo indicato nella "Tabella 1 - Sezione Malattia" 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, verrà applicato a carico dell'Assicurato uno scoperto ed un minimo indicati nella "Tabella 1 - Sezione Malattia".

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

Art. 5 | Visite e analisi di laboratorio

AXA rimborsa all'Assicurato, **fino alla concorrenza del massimale indicato in polizza, per nucleo e per anno assicurativo**, le spese sostenute per le seguenti prestazioni rese necessarie da malattia o infortunio:

- onorari medici per visite specialistiche, prescritte da medico curante o da medico specialista ed effettuate dal medico la cui specializzazione dovrà essere congrua con la patologia certificata, con esclusione di quelle pediatriche di controllo e di quelle odontoiatriche e ortodontiche non rese necessarie da infortunio;
- onorari medici per visite specialistiche rese necessarie da infortunio. Le cure odontoiatriche e ortodontiche sono comprese purché l'infortunio sia comprovato da referto di Pronto Soccorso. Sono comunque escluse le protesi dentarie;
- analisi di laboratorio prescritti dal medico curante o da medico specialista e dovranno essere congrui con la patologia certificata.

Il rimborso delle spese previste dal presente articolo viene effettuato fino alla concorrenza dei massimali

Condizioni di Assicurazione

Norme che regolano l'assicurazione – sezione malattia

indicati in polizza e con l'applicazione dello scoperto indicato nella "Tabella 1 - Sezione Malattia" per:

- l'insieme delle visite mediche inviate contemporaneamente relative alla stessa patologia;
- ogni serie di accertamenti diagnostici o ogni ciclo di cure dentarie relative alla stessa patologia.

Qualora l'Assicurato, previa autorizzazione della Centrale Operativa, si rivolga ad un istituto di cura o centro diagnostico convenzionato con AXA, verrà applicato a carico dell'Assicurato uno scoperto come indicato nella "Tabella 1 - Sezione Malattia".

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

Art. 6 | Trattamenti fisioterapici e riabilitativi

AXA rimborsa all'Assicurato, **fino alla concorrenza del massimale indicato in polizza per nucleo e per anno assicurativo** le spese sostenute per trattamenti fisioterapici/riabilitativi resi necessari da malattia o infortunio, prescritti da medico specialista, la cui specializzazione sia congrua con la patologia certificata.

In caso d'infortunio lo stesso deve essere documentato da referto di Pronto Soccorso.

Il rimborso delle spese previste dal presente articolo viene effettuato fino alla concorrenza dei massimali indicati in polizza e con l'applicazione dello scoperto indicato nella "Tabella 1 - Sezione Malattia" per ogni ciclo di trattamenti previsti da un'unica prescrizione medica.

Qualora l'Assicurato, previa autorizzazione della Centrale Operativa, si rivolga ad un istituto di cura o centro diagnostico convenzionato con AXA, verrà applicato a carico dell'Assicurato uno scoperto come indicato nella "Tabella 1 - Sezione Malattia" per ogni ciclo di trattamenti previsti da un'unica prescrizione medica.

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

Art. 7 | Cure odontoiatriche (rese necessarie da malattia)

A parziale deroga di quanto previsto all'art. 14 "Esclusioni" punto 17, AXA rimborsa all'Assicurato, **fino alla concorrenza del massimale indicato in polizza per nucleo e per anno assicurativo** le spese sostenute per cure odontoiatriche, compresi gli interventi di implantologia e con esclusione di cure e apparecchi ortodontici.

Il rimborso di quanto previsto al presente articolo viene effettuato fino alla concorrenza dei massimali previsti dall'opzione prescelta dall'Azienda e con l'applicazione di una franchigia per fattura.

Le opzioni previste dalla presente garanzia sono:

Massimale	Condizioni
€ 300,00	Franchigia € 50,00 per fattura
€ 600,00	Franchigia € 100,00 per fattura
€ 1.000,00	Franchigia € 150,00 per fattura
€ 2.000,00*	Franchigia € 150,00 per fattura
€ 3.000,00*	Franchigia € 150,00 per fattura

*Operante solo per la categoria Amministratori

Per tutte le prestazioni, nel caso in cui l'Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, AXA rimborsa integralmente i ticket sanitari nel limite dei massimali assicurati.

Art. 8 | Cure odontoiatriche e ortodontiche (rese necessarie da malattia)

A parziale deroga di quanto previsto all'art. 14 "Esclusioni" punto 17, AXA rimborsa all'Assicurato, **fino alla concorrenza del massimale indicato in polizza per nucleo e per anno assicurativo** le spese sostenute per cure odontoiatriche, interventi di implantologia, cure e apparecchi ortodontici.

Il rimborso di quanto previsto al presente articolo viene effettuato fino alla concorrenza dei massimali previsti

dall'opzione prescelta dall'Azienda e con l'applicazione di una franchigia per fattura.

Le opzioni previste dalla presente garanzia sono:

Massimale	Condizioni
€ 300,00	Franchigia € 50,00 per fattura
€ 600,00	Franchigia € 100,00 per fattura
€ 1.000,00	Franchigia € 150,00 per fattura
€ 2.000,00*	Franchigia € 150,00 per fattura
€ 3.000,00*	Franchigia € 150,00 per fattura

*Operante solo per la categoria Amministratori

Per tutte le prestazioni, nel caso in cui l'Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, AXA rimborsa integralmente i ticket sanitari nel limite dei massimali assicurati.

Art. 9 | Lenti e occhiali

AXA rimborsa all'Assicurato **fino alla concorrenza del massimale indicato in polizza per nucleo e per anno assicurativo** le spese sostenute per l'acquisto di lenti correttive ed occhiali o di lenti a contatto. **Le lenti usa e getta sono escluse.**

La garanzia è operante nel caso di modifica del visus o di prima prescrizione, purché certificate da medico oculista o da ottico optometrista. AXA provvederà al rimborso delle spese sostenute con l'applicazione di una franchigia indicata nella "Tabella 1 - Sezione Malattia" per ogni documento di spesa (fattura/ricevuta fiscale).

Ai fini del rimborso è **necessario inviare la prescrizione delle lenti, con il deficit visivo attuale e precedente, completa di dati anagrafici** (nome e cognome, data di nascita) **dell'Assicurato nonché l'indicazione della patologia o vizio di rifrazione** (es. miopia, astigmatismo, ipermetropia, presbiopia) che rende necessario l'uso di lenti correttive allegando la Dichiarazione di Conformità rilasciata dall'ottico come da decreto legislativo del 24 febbraio 1997 nr. 46.

Art. 10 | Pacchetto maternità

AXA rimborsa all'Assicurato **fino alla concorrenza del massimale indicato in polizza per nucleo e per anno assicurativo** le seguenti prestazioni:

- Visite di controllo ostetrico ginecologiche;
- Controlli ostetrici;
- Visita anestesiológica in caso di programmazione di parto cesareo e di parto indolore (anestesia epidurale in caso di parto naturale);
- Ecografie ostetriche;
- Analisi di laboratorio clinico;
- Accertamenti specialistici finalizzati al monitoraggio della gravidanza e dello sviluppo del feto;
- Indagini genetiche.

Visite di controllo

È previsto il rimborso delle visite di controllo ostetrico ginecologiche effettuate nel corso della gravidanza da medici specializzati in ginecologia e ostetricia, dei controlli ostetrici effettuati da personale sanitario abilitato all'esercizio della professione di ostetrica/o iscritto all'apposito albo professionale, di una visita anestesiológica in caso di programmazione di parto cesareo e di parto indolore, nel numero massimo complessivo di quattro visite/controlli per gravidanza (sei per gravidanza a rischio). **Nel caso di gravidanza a rischio è necessario allegare copia di referti medici dai quali si evinca la patologia sottostante.**

Ecografie

È previsto il rimborso di tutte le ecografie ostetriche effettuate sia in strutture pubbliche che private.

Condizioni di Assicurazione

Norme che regolano l'assicurazione – sezione malattia

Analisi Clinico Chimiche e Indagini Genetiche

È previsto il rimborso delle spese sostenute per analisi di laboratorio (esami ematochimici, analisi microbiologiche), amniocentesi, villocentesi, translucenza nucale ed ogni altro tipo di accertamento diagnostico finalizzato al monitoraggio della gravidanza e dello sviluppo del feto.

Il massimale di rimborso relativo al Pacchetto Maternità indicato in polizza si intende per evento gravidanza (ai fini del conteggio della durata della gravidanza vengono considerate la data dell'ultima mestruazione e la data del parto). Nel caso di gravidanza a rischio è necessario allegare copia del certificato medico dal quale si evinca la patologia sottostante.

Art. 11| Check up

L'assicurato che abbia **compiuto 30 anni** potrà eseguire check up di prevenzione, in un'unica soluzione, presso le strutture convenzionate reperibili sul sito www.axa.it o accedendo all'area riservata dal sito www.axa.it o da App My AXA.

Inoltre, l'Assicurato potrà contattare la Centrale Operativa anche per consulenza o delucidazioni circa le strutture convenzionate e/o sulle modalità di attivazione.

L'Assicurato può scegliere tra le due seguenti modalità per effettuare il check up:

OPZIONE 1

L'Assicurato può attivare a sua scelta **una volta ogni due anni solo uno (1) dei 5 seguenti pacchetti**:

Pacchetto	Contenuto	
	UOMO (>45 anni compiuti)	DONNA (>30 anni compiuti)
1) PREVENZIONE ONCOLOGICA	<ul style="list-style-type: none">• Sangue occulto nelle feci (3 campioni)• PSA (antigene prostatico specifico)• FPSA (antigene prostatico specifico libero)• Alfa Feto Proteina• Ecografia addominale	<ul style="list-style-type: none">• PAP-Test• CA 125 (marcatore del tumore ovarico)• CA 15.3 (marcatore del tumore mammario)• Ecografia mammaria
		<ul style="list-style-type: none">• PAP-Test• CA 125 (marcatore del tumore ovarico)• CA 15.3 (marcatore del tumore mammario)• Mammografia• Ecografia addominale
2) PREVENZIONE OCULISTICA	<ul style="list-style-type: none">• Valutazione anamnestica volta ad individuare familiarità, fattori di rischio personali o sintomatologia allo stato iniziale• Esame del segmento anteriore (cornea, congiuntiva, ecc.) ed annessi oculari• Studio del <i>fundus oculi</i> per individuare patologie retiniche• Misurazione del tono oculare• Misurazione del visus	
3) PREVENZIONE DELLE VIE RESPIRATORIE	<ul style="list-style-type: none">• Spirometria• Visita pneumologica	
4) PREVENZIONE DERMATOLOGICA	<ul style="list-style-type: none">• Visita dermatologica con epiluminescenza o videodermatoscopia	
5) PREVENZIONE GENERICA/CARDIOVASCOLARE	<ul style="list-style-type: none">• Esame emocromocimetrico completo• Glicemia• Creatininemia• Colesterolo totale e colesterolo HDL• Alanina aminotransferasi (ALT/GPT)• Aspartato aminotransferasi (AST/GOT)• GGT	<ul style="list-style-type: none">• Esame delle urine• Elettrocardiogramma di base• Trigliceridi• Misurazione della pressione arteriosa• HBsAg e anti-HCV• HIV• PSA (antigene prostatico specifico) (>45 anni)

OPZIONE 2

L'assicurato può attivare a sua scelta **una volta ogni due anni fino a due (2) dei 5 pacchetti previsti nell'Opzione 1.**

Come attivare il check up

Per poter effettuare il check up, l'Assicurato potrà inviare una richiesta di prenotazione presso una delle strutture convenzionate alla Centrale Operativa: compilando l'apposito form presente nell'**Area Salute** disponibile nella **app My AXA** e nell'**Area Clienti** del sito axa.it e lamiasalute.axa.it, o tramite contatto telefonico.

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

La Centrale Operativa è accessibile attraverso i seguenti canali:

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

Numero Verde 800.085.559 per chiamate dall'Italia

Numero +39.06.45.202.137 per chiamate dall'Estero

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

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 dall'Art. 16 - "Cosa fare in caso di sinistro".

Art. 12| Assicurazione in forma integrativa

Qualora sia attivata un'opzione in forma integrativa, la copertura si intende prestata ad integrazione del FASI, FASDAC, QUAS per i quali deve in ogni caso essere richiesta alla Società l'approvazione preventiva.

L'Assicurato ha l'obbligo di richiedere preventivamente al Fondo il rimborso delle spese sanitarie sostenute.

Integrativa FASI/FASDAC

Gli scoperti e le franchigie previste dalle singole garanzie non saranno operanti per la parte di spese non sostenute dai già menzionati Enti. Resta inteso che qualora gli Assicurati non fruiscano, per qualsiasi motivo, di dette prestazioni, le spese dagli stessi effettivamente sostenute e documentate, verranno rimborsate con uno scoperto del 25%.

Integrativa QUAS per l'iscritto al Fondo QUAS

Gli scoperti e le franchigie previsti dalle singole garanzie non saranno operanti per la parte di spese non sostenute dal già menzionato Ente. Resta inteso, che qualora gli Assicurati non fruiscano per qualsiasi motivo di detta prestazione, le spese dagli stessi sostenute e documentate verranno rimborsate con una detrazione del 25%.

Integrativa QUAS per i componenti del nucleo familiare

La presente assicurazione si intende prestata in forma completa, nei termini previsti dalla polizza, pertanto con l'applicazione di franchigie e scoperti previsti dalle singole garanzie di polizza.

Condizioni di Assicurazione

Norme che regolano l'assicurazione – sezione malattia

Tabelle riassuntive limiti di indennizzo, scoperti e/o franchigie

Tabella 1 – Sezione Malattia

Garanzia	Limite di indennizzo	Scoperto o Franchigia
Ricoveri, interventi e day hospital – rette degenza Art. 1.2 lettera e)	Fino a 300 euro per giorno (limite non operante per la categoria Amministratori con massimale di €5.000.000)	-
Ricoveri, interventi e day hospital – rette vitto e pernottamento Art. 1.2 lettera f)	Fino a 100 euro per giorno col max di 40 gg. (limite non operante per la categoria Amministratori con massimale di €5.000.000)	-
Ricoveri, interventi e day hospital – cure dentarie Art. 1.2 lettera i)	Fino a 5.000 euro per anno (fino a 8.000 euro per anno e sottolimito di 5.000 euro per persona solo per la categoria Amministratori con massimale di €5.000.000 per ricoveri, interventi e day hospital)	-
Ricoveri, interventi e day hospital – neonati e feto Art. 1.2 lettera j)	30.000 euro per anno, entro i primi 60 giorni dalla nascita, e per interventi chirurgici sul feto	-
Ricoveri, interventi e day hospital – indennità sostitutiva Art. 1.2 terzo comma	140 euro per giorno di ricovero/intervento (70 euro se day surgery/day hospital) col max di 120 giorni per anno assicurativo	-
Ricoveri, interventi e day hospital – indennità sostitutiva Art. 1.2 ultimo comma	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.	-
Ricoveri, interventi e day hospital – acquisto e/o noleggio apparecchi protesici Art. 1.3 lettera m)	Fino a 550 euro per anno effettuati nei 120 giorni successivi alla cessazione del ricovero con/senza intervento, alla data del day surgery o dell'intervento chirurgico ambulatoriale	-
Ricoveri, interventi e day hospital Limiti di indennizzo Art. 1.4	<ul style="list-style-type: none">- parto fisiologico fino a € 3.000;- parto con taglio cesareo e per l'aborto terapeutico fino a € 6.500;- chirurgia refrattiva fino a € 1.500 per occhio;- trasporto assicurato art. 1.1. lettera b), art. 1.2. lettera h), art. 1.3 lettera k) sono operanti con il limite di € 3.000 (limite non operante per la categoria Amministratori con massimale di €5.000.000);- per ernie (salvo quelle discali), appendiciti, varici ed emorroidi fino a €6.500;- per ernie discali fino a €12.000.	-
Ricoveri, interventi e day hospital Scoperto Art. 1.5	-	Scoperto del 20% e con un minimo di € 1.600 (non operante per categoria Amministratori con massimale di €5.000.000)
Ricoveri, interventi e day hospital Opzione con massimale di € 100.000 – Art. 1.6	€200 euro per rette di degenza per giorno se in forma indiretta; <ul style="list-style-type: none">• €100 euro di indennità sostitutiva per ogni giorno di ricovero;• €50 euro di indennità sostitutiva per ogni giorno di day hospital/day surgery; col max di 120 giorni per anno.	-
Ricoveri, interventi e day hospital Opzione con massimale di € 100.000 – Art. 1.6	€1.000 per parto fisiologico; €2.000 per parto con taglio cesareo e per l'aborto terapeutico	-

Condizioni di Assicurazione

Norme che regolano l'assicurazione – sezione malattia

Ricoveri, interventi e day hospital Opzione con massimale di € 100.000 – Art. 1.6	-	Scoperto del 20% e minimo di € 1.600,00 sia in forma diretta che indiretta per prestazioni contenute dalla lettera c) alla lettera j)
Grandi interventi chirurgici – rette di degenza Art. 2.2 lettera e)	Fino a 300 euro per giorno (limite non operante per la categoria Amministratori con massimale di €5.000.000)	-
Grandi interventi chirurgici – rette per vitto e pernottamento Art. 2.2 lettera f)	Fino a 100 euro per giorno col max di 40 gg. (limite non operante per la categoria Amministratori con massimale di €5.000.000)	-
Grandi interventi chirurgici – cure dentarie Art. 2.2 lettera i)	5.000 euro per anno (8.000 euro per anno e sottolimito di 5.000 euro per persona per la categoria Amministratori con massimale di €5.000.000)	-
Grandi interventi chirurgici – indennità sostituiva Art. 2.2 penultimo comma	200 euro per giorno (100 euro se day surgery) col max di 120 giorni per anno assicurativo	-
Grandi interventi chirurgici – acquisto e/o noleggio apparecchi protesici Art. 2.3 lettera l)	550 euro per anno effettuati nei 120 giorni successivi alla cessazione del ricovero con/senza intervento, alla data del day surgery o dell'intervento chirurgico ambulatoriale	-
Grandi interventi chirurgici – Limiti di indennizzo Art. 2.4	trasporto assicurato art. 2.1. lettera b), art. 2.2. lettera h), art. 2.3 lettera j) sono operanti con il limite di € 3.000 (limite non operante per cat. Amministratori con massimale di €5.000.000).	-
Grandi interventi chirurgici – Scoperto	-	Non sono previsti scoperti/franchigie per questa garanzia
Gravi malattie – rette di degenza Art. 3.2 lettera e)	Fino a 300 euro per giorno (limite non operante per la categoria Amministratori con massimale di €5.000.000)	-
Gravi malattie – rette per vitto e pernottamento Art. 3.2 lettera f)	Fino a 100 euro per giorno col max di 40 gg. (limite non operante per la categoria Amministratori con massimale di €5.000.000)	-
Gravi malattie – cure dentarie Art. 3.2 lettera i)	5.000 euro per anno (8.000 euro per anno e sottolimito di 5.000 euro per persona per la categoria Amministratori con massimale di €5.000.000)	-
Gravi malattie – indennità sostituiva Art. 3.2 penultimo comma	140 euro per giorno di ricovero/intervento (70 euro per day hospital) col max di 120 giorni per anno assicurativo	-
Gravi malattie – acquisto e/o noleggio apparecchi protesici Art. 3.3 lettera l)	Fino ad un massimo di € 1.500,00 per persona e per anno assicurativo effettuati nei 120 giorni successivi alla cessazione del ricovero con/senza intervento, alla data del day surgery o dell'intervento chirurgico ambulatoriale	-
Gravi malattie – Limiti di indennizzo Art. 3.5	trasporto assicurato art. 2.1. lettera b), art. 2.2. lettera h), art. 2.3 lettera j) sono operanti con il limite di € 3.000 (limite non operante per cat. Amministratori con massimale di €5.000.000).	-
Gravi malattie – Scoperto	-	Non sono previsti scoperti/franchigie per questa garanzia
Accertamenti diagnostici e analisi strumentali Art. 4	-	Scoperto del 20% con il minimo di € 50,00 per ogni serie di accertamenti. Scoperto del 10% con il minimo di € 25,00 se in forma diretta.

Condizioni di Assicurazione

Norme che regolano l'assicurazione – sezione malattia

Visite e analisi di laboratorio Art.5	-	Scoperto del 20% con il minimo di € 50,00 per ogni visita/serie di accertamenti. Scoperto del 10% con il minimo di € 25,00 se in forma diretta.
Trattamenti fisioterapici e riabilitativi Art.6	-	Scoperto del 20% con il minimo di € 50,00 per ogni ciclo di trattamenti. Scoperto del 10% con il minimo di € 25,00 se in forma diretta per ogni ciclo di trattamento.
Cure odontoiatriche Art.7	-	Franchigia € 50,00 per fattura con massimale €300 euro; franchigia € 100,00 per fattura con massimale €600 euro; franchigia € 150,00 per fattura con massimale oltre € 600 e fino a €3.000 euro
Cure odontoiatriche e ortodontiche Art.8	-	Franchigia € 50,00 per fattura con massimale €300 euro; franchigia € 100,00 per fattura con massimale €600 euro; franchigia € 150,00 per fattura con massimale oltre € 600 e fino a €3.000 euro
Lenti e occhiali Art.9	-	Franchigia di €50 per ogni fattura
Pacchetto maternità Art.10	-	Scoperto del 10% con il minimo di € 50,00 per fattura
Integrativa FASI/FASDAC Art.12	-	Scoperto del 25% per le spese effettivamente sostenute e documentate dagli Assicurati
Integrativa QUAS Art.12	-	Scoperto del 25% per le spese effettivamente sostenute e documentate dagli Assicurati

Cosa non assicuro

Art. 13 | Termini di aspettativa

Nel contratto non sono previsti termini di aspettativa (carenze).

Art. 14 | Esclusioni

L'assicurazione non è operante per:

- 1) le complicanze, conseguenze dirette e indirette di infortuni, malattie e stati patologici già conosciuti e/o diagnosticati anteriormente alla stipulazione del contratto o all'inserimento in garanzia dichiarati nel Questionario Sanitario, se richiesto;
- 2) 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.);
- 3) le conseguenze di movimenti tellurici, inondazioni ed eruzioni vulcaniche;

- 4) le conseguenze di guerre (dichiarate o non dichiarate), insurrezioni, (salvo quanto previsto dall'articolo 52 - "Rischio guerra");
- 5) le conseguenze di qualsiasi atto di terrorismo, di tumulti popolari, atti violenti od aggressioni, cui l'Assicurato abbia preso parte attiva;
- 6) le spese non direttamente inerenti alla cura o all'intervento, quali ad esempio spese per telefonate, televisione, bar, ristorante e simili;
- 7) gli infortuni causati dallo stato di ubriachezza dell'Assicurato o dall'effetto di allucinogeni, stupefacenti o psicofarmaci assunti non a scopo terapeutico dall'Assicurato;
- 8) gli infortuni avvenuti durante la guida di veicoli causati da crisi epilettiche dell'Assicurato;
- 9) gli infortuni conseguenti ad azioni delittuose compiute o tentate dall'Assicurato, intendendosi invece compresi quelli sofferti in conseguenza di imprudenza o negligenza anche gravi dell'Assicurato stesso;
- 10) le prestazioni necessarie a seguito di lesioni auto-inflitte, tentato suicidio, imprese temerarie, salvo il caso di atti compiuti dall'Assicurato per dovere di solidarietà umana o per legittima difesa;
- 11) gli infortuni causati dalla pratica di sport aerei in genere o dalla partecipazione a gare motoristiche ed alle relative prove;
- 12) le prestazioni sanitarie non riconosciute dalla medicina ufficiale, quelle non effettuate da medici o paramedici abilitati all'esercizio dell'attività professionale oppure di medicina sperimentale;
- 13) le prestazioni non effettuate da Istituti di Cura, Centri Medici o Medici Specialisti, ad eccezione di quelle infermieristiche e fisioterapiche;
- 14) le prestazioni non corredate dall'indicazione della diagnosi, nonché quelle finalizzate alla prevenzione delle patologie per familiarità o predisposizione genetica;
- 15) le degenze dovute alla necessità dell'Assicurato, dopo essere divenuto permanentemente non più autosufficiente, di avere assistenza di terzi per effettuare gli atti elementari della vita quotidiana, nonché i ricoveri per lungodegenza, quando le degenze ed i ricoveri siano resi necessari prevalentemente da misure di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento;
- 16) l'aborto volontario non terapeutico;
- 17) le prestazioni sanitarie, le cure e gli interventi per l'eliminazione o correzione di difetti fisici evidenti o diagnosticati prima della stipula del contratto, salvo quanto previsto per i neonati e salvo quanto previsto dall'articolo 8 - "Cure odontoiatriche e ortodontiche" (qualora operante)
- 18) le prestazioni sanitarie, le cure e gli interventi per la eliminazione o correzione di malformazioni, salvo quanto previsto per i neonati, salvo le malformazioni di cui l'Assicurato sia portatore inconscio e salvo quanto previsto per le prestazioni inerenti all'art. 8 - "Cure odontoiatriche e ortodontiche" (qualora operante);
- 19) la cura di intossicazioni conseguenti ad abuso di alcoolici o ad uso non terapeutico di psicofarmaci, di stupefacenti o di allucinogeni;
- 20) 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 complicitanze;
- 21) 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);
- 22) le prestazioni sanitarie e le cure per infertilità, sterilità maschile e femminile, fecondazione assistita e simili, impotenza;
- 23) gli accertamenti diagnostici, la psicoterapia, le terapie mediche e quelle chirurgiche legati all'identità sessuale;
- 24) i disordini alimentari (anoressia, bulimia, sindrome da alimentazione incontrollata) e qualsiasi cura resa necessaria di questi disturbi, gli interventi di chirurgia bariatrica finalizzata alla cura dell'obesità ad eccezione dei casi di obesità di III° grado (Indice di Massa Corporea uguale o superiore a 40);
- 25) le prestazioni sanitarie e le cure fitoterapiche, idropiniche, dietetiche e termali (salvo per queste ultime quanto previsto nel punto "I" dell'art. 1 - "Ricoveri, interventi, day hospital"); i trattamenti terapeutici di agopuntura, salvo quelli effettuati da personale medico durante il ricovero;
- 26) le visite e gli accertamenti in gravidanza salvo quanto previsto dall'articolo 10 - "Pacchetto maternità" (qualora operante) e dall'articolo 1 - "Ricoveri, interventi e day hospital"
- 27) la correzione dei vizi di rifrazione (miopia, astigmatismo, ipermetropia e presbiopia), se non previste in polizza;
- 28) le prestazioni sanitarie, le applicazioni, le cure e gli interventi di carattere estetico salvo gli interventi a scopo ricostruttivo:
 - a. a seguito di interventi demolitivi indennizzabili ai sensi di polizza per neoplasia maligna;

- b. a seguito di infortunio indennizzabile ai sensi di polizza;
- c. per neonati, che non abbiano compiuto il terzo anno di età;
- 29) le protesi dentarie nonché le prestazioni e le cure odontoiatriche ed ortodontiche (comprese le parodontopatie) - salvo quanto previsto dalla lettera i) dell'Art. 1 Ricoveri, Interventi e day hospital", dalla lettera i) dell'Art. 2 "Grandi interventi chirurgici", dalla lettera i) dell'Art. 3 "Gravi malattie", e dalla lettera b) dell'Art. 5 "Visite e analisi di laboratorio", nonché degli art. 7 e 8 "Cure odontoiatriche" e "Cure odontoiatriche e ortodontiche, qualora operanti;
- 30) le spese relative a prestazioni di routine e/o controllo (salvo quanto previsto all'art. 11 "Check up"), i vaccini, le prestazioni di medicina generale e pediatrica di routine;
- 31) lenti ed occhiali, se non previste in polizza, e lenti usa e getta;
- 32) i ricoveri effettuati allo scopo di praticare check up clinici (ricoveri impropri);
- 33) protesi e presidi ortopedici, apparecchi acustici, salvo le endoprotesi ed apparecchi terapeutici in caso di ricovero con intervento o day surgery o intervento chirurgico ambulatoriale.

Come attivare le prestazioni (sezione Malattia)

Art. 15 | Utilizzo di strutture sanitarie e medici convenzionati con AXA

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

La gestione dei servizi (convenzionamenti e/o rimborso spese) relativi ai sinistri delle garanzie malattia può essere affidata da AXA Assicurazioni a provider esterni.

L'Assicurato, dopo aver scelto la struttura sanitaria convenzionata, deve verificare in anticipo con la Centrale Operativa la possibilità di eseguire le prestazioni sanitarie in forma diretta e la sussistenza di eventuali limitazioni all'autorizzazione per visite, ricoveri con o senza intervento, accertamenti diagnostici o altre prestazioni chirurgiche o mediche previste dalla propria polizza.

La Centrale Operativa, previa verifica della posizione amministrativa e clinica, provvederà ad autorizzare o negare l'effettuazione della prestazione in regime di convenzione presso istituti di cura, centri diagnostici e medici prescelti.

Le strutture sanitarie convenzionate sono presenti su:

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

La Centrale Operativa è accessibile attraverso i seguenti canali:

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

Numero Verde 800.085.559 per chiamate dall'Italia

Numero +39.06.45.202.137 per chiamate dall'Estero

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

Eventuali modifiche negli accordi con le strutture sanitarie ed i medici convenzionati così come l'eventuale cessazione di convenzioni, non 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 richiesti.

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

Art. 16 | Cosa fare in caso di sinistro

In caso di sinistro l'Assicurato dovrà rivolgersi all'Agenzia cui è assegnata la polizza o accedere all'**Area Salute** disponibile nella **app My AXA** e nell'**Area Clienti** del sito axa.it e lamiasalute.axa.it, entro tre giorni da quando ne ha avuto conoscenza, ai sensi dell'Art. 1913 c.c..

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

La Centrale Operativa è accessibile attraverso i seguenti canali:

Area Salute disponibile nella **app My AXA** e nell'**Area Clienti** del sito axa.it e lamiasalute.axa.it
Numero Verde 800.085.559 per chiamate dall'Italia
Numero +39.06.45.202.137 per chiamate dall'Estero

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

La denuncia deve essere corredata dalla documentazione medica richiesta, come disposto dall'art. 19 "Criteri di liquidazione e pagamento dell'indennizzo" completa di certificazioni mediche con patologia sospetta o accertata, delle copie o degli originali delle fatture o ricevute quietanzate e di ogni altro documento ritenuto da AXA attinente alla valutazione ed alla liquidazione del sinistro. Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga della facoltà di inviare la documentazione medica e fiscale del sinistro in fotocopia, AXA si riserva il diritto di richiedere ove lo ritenga necessario la documentazione in originale sia delle fatture, che della documentazione medica.

L'Assicurato deve consentire le indagini e gli accertamenti necessari nonché, su richiesta di AXA, sottoporsi agli eventuali accertamenti e controlli medici disposti da suoi incaricati, fornire ogni informazione e produrre copia di ogni documentazione sanitaria richiesta sciogliendo dal segreto professionale e d'ufficio i medici che lo hanno visitato o curato e gli enti presso i quali è stato ricoverato o curato ambulatorialmente, acconsentendo al trattamento dei dati personali sensibili, ai sensi dell'Informativa sulla Privacy e successive modifiche.

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

Art. 17 | Criteri di liquidazione e pagamento dell'indennizzo

1) Utilizzo di strutture sanitarie e medici convenzionati con AXA (forma Diretta)

Qualora l'Assicurato sia ricorso alle strutture sanitarie e medici convenzionati, **previa autorizzazione della Centrale Operativa**, in caso di **Ricovero, day hospital, day surgery o intervento chirurgico ambulatoriale, prestazioni sanitarie senza ricovero**, AXA pagherà o farà pagare in nome e per conto dell'Assicurato direttamente le spese sostenute per prestazioni sanitarie previste dal contratto, fermi eventuali scoperti, franchigie e limiti di indennizzo.

Attraverso la forma Diretta, previa autorizzazione dalla Centrale Operativa, **si potrà accedere a condizioni migliorative in termini di scoperti e/o franchigie**. Per dettagli relativi alle garanzie interessate, si rimanda alla Tabella 1 – Sezione Malattia

AXA, al fine di autorizzare la prestazione si riserva di chiedere preventivamente copia degli esiti di esami strumentali o certificazioni mediche con patologia sospetta o accertata completa della prestazione che deve essere eseguita utile a valutarne l'autorizzazione preventiva.

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

Qualora si dovesse successivamente accertare, relativamente all'evento per il quale l'Assicurato ha usufruito del servizio in regime di convenzione diretta, 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

Condizioni di Assicurazione

Norme che regolano l'assicurazione – sezione malattia

ad AXA le somme corrisposte a istituti di cura, centri diagnostici o medici convenzionati o a saldare le prestazioni preventivamente autorizzate in forma diretta e non saldate ad AXA, ad istituti di cura, centri diagnostici o medici convenzionati.

Tali circostanze saranno 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 (forma Indiretta/Rimborso)

Qualora l'Assicurato in caso di **Ricovero, day hospital, day surgery o intervento chirurgico ambulatoriale** 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 utilizzando l'**Area Salute** disponibile nella **app My AXA** e nell'**Area Clienti** del sito axa.it e lamiasalute.axa.it, copia delle fatture 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 avvalersi di strutture e medici non convenzionati, 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 utilizzando l'**Area Salute** disponibile nella **app My AXA** e nell'**Area Clienti** del sito axa.it e lamiasalute.axa.it.

In caso di:

- **Ricovero con o senza intervento chirurgico, day hospital, day surgery** alla richiesta di rimborso vanno allegate la copia di fatture o ricevute quietanzate valide ai fini fiscali e copia conforme all'originale della cartella clinica completa;
- **Prestazioni sanitarie senza ricovero** (visite mediche specialistiche, esami ed analisi, accertamenti diagnostici, trattamenti e terapie) alla richiesta di rimborso vanno allegati copia del certificato del medico curante che ha prescritto le prestazioni con patologia presunta o accertata le fatture o ricevute quietanzate valide ai fini fiscali;
- **Intervento chirurgico ambulatoriale:** alla richiesta di rimborso va allegata la relazione medica dell'intervento chirurgico. In caso di asportazione neo, la relazione medica dovrà essere accompagnata da referto di esame istologico;
- **Spese di trasporto** alla richiesta di rimborso va allegata copia dei giustificativi delle spese sostenute.

4) Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale (forma Indiretta/Rimborso)

Qualora il ricovero, day hospital, day surgery o l'intervento chirurgico ambulatoriale 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 2) del presente articolo.

5) Richiesta dell'indennità sostitutiva

Qualora in caso di ricovero, di day hospital, day surgery o intervento chirurgico ambulatoriale l'Assicurato scelga di richiedere l'**indennità sostitutiva**, lo stesso o i suoi familiari devono far pervenire alla Centrale Operativa tramite l'Agenzia alla quale è assegnata la polizza o utilizzando l'**Area Salute** disponibile nella **app My AXA** e nell'**Area Clienti** del sito axa.it e lamiasalute.axa.it in caso di ricovero, day hospital o day surgery

copia conforme dell'originale della cartella clinica completa e in caso di intervento chirurgico ambulatoriale la copia conforme della relazione medica dell'intervento chirurgico.

6) 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 contrattualmente prevista andrà applicata una sola volta.

7) Pagamento dell'indennizzo

AXA verificata l'operatività della garanzia, ricevuta la documentazione relativa al sinistro e compiuti gli accertamenti del caso, si impegna a formulare all'assicurato un'offerta o a comunicargli i motivi per cui non ritiene di formularla entro 90 giorni a decorrere dalla data di completamento della istruttoria da parte di AXA; si impegna altresì a pagare all'assicurato la somma offerta entro 15 dalla data in cui è venuta a conoscenza della sua accettazione, laddove non sussistano motivi ostativi.

AXA restituirà gli eventuali originali ricevuti.

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

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.

Il pagamento dell'indennizzo verrà effettuato all'Assicurato dipendente (caponucleo) anche quando la copertura è estesa al nucleo familiare.

Art. 18 | Anticipo indennizzo all'estero

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

L'Assicurato potrà richiedere l'anticipo dei costi delle spese sanitarie, secondo le modalità previste dall'Art. 16 – “Cosa fare in caso di sinistro”.

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

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

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

Sezione Infortuni

Cosa assicuro

Art. 19| Morte

AXA garantisce l'indennizzo per il caso di morte se la stessa si verifica **entro 2 anni** dal giorno dell'infortunio, anche successivamente alla scadenza della polizza. L'indennizzo sarà liquidato ai beneficiari designati o, in difetto di designazione, agli eredi dell'Assicurato.

Qualora, a seguito di infortunio indennizzabile a termini di polizza, il corpo dell'Assicurato non venga ritrovato e si presuma sia avvenuto il decesso, AXA liquiderà ai beneficiari o eredi di cui sopra la somma prevista per il caso di morte. La liquidazione avverrà non prima che siano **trascorsi 6 mesi** dalla presentazione dell'istanza per la dichiarazione di morte presunta a termini degli artt. 60 e 62 c.c. Qualora, dopo il pagamento dell'indennizzo, l'Assicurato risultasse in vita, AXA avrà diritto alla restituzione della somma pagata. A restituzione avvenuta, l'Assicurato potrà far valere i propri diritti per l'invalidità permanente eventualmente subita.

Art. 20| Maggiorazione dell'indennizzo in caso di commorienza dei genitori

In caso di infortunio indennizzabile a termini di polizza, determinato dal medesimo evento, che provochi la morte dell'Assicurato e dell'altro genitore, AXA corrisponde un indennizzo supplementare pari al 50% del capitale assicurato per il caso morte. L'indennizzo supplementare verrà corrisposto unicamente ai figli minorenni o portatori di invalidità permanente di grado pari o superiore al 60% della totale, in parti uguali.

Il massimo esborso a carico di AXA per detto indennizzo supplementare non potrà superare, globalmente, l'importo indicato nella "Tabella 2 – Sezione Infortuni", anche in caso di più polizze infortuni stipulate con AXA. Tale indennizzo supplementare non opera per il "rischio volo" (art. 28).

Art. 21| Invalidità permanente

AXA corrisponde l'indennizzo per invalidità permanente se questa si verifica **entro 2 anni** dal giorno dell'infortunio, anche successivamente alla data di scadenza della polizza.

A) Se l'infortunio ha come conseguenza l'invalidità permanente definitiva totale, AXA corrisponde la somma assicurata.

Se l'infortunio ha come conseguenza un'invalidità permanente definitiva parziale, l'indennizzo viene calcolato sulla somma assicurata in proporzione al grado di invalidità permanente che va accertato facendo riferimento ai valori della tabella di cui allegato 1 del D.P.R. 30 giugno 1965, n. 1124 (e successive modifiche della tabella stessa intervenute sino al 30 giugno 2000).

Relativamente ai postumi di trauma distorsivo cervicale con contrattura muscolare e limitazione dei movimenti del capo e del collo, l'indennizzo verrà effettuato facendo riferimento ad un valore massimo così come indicato nella "Tabella 2 – Sezione Infortuni".

B) Se l'infortunio ha come conseguenza un'invalidità permanente definitiva parziale o non determinabile sulla base dei valori previsti alla lettera A), si farà riferimento ai criteri qui di seguito indicati:

- se la lesione comporta una minorazione, anziché la perdita totale di un arto o di un organo, le percentuali previste alla lettera A) vengono ridotte in proporzione alla funzionalità perduta;
- nel caso di menomazioni di uno o più distretti anatomici e/o articolari di un singolo arto, AXA procederà alla valutazione attraverso somma matematica delle percentuali di invalidità fino a raggiungere al massimo il valore corrispondente alla perdita totale dell'arto stesso;
- nel caso in cui l'invalidità permanente non sia determinabile sulla base dei valori elencati alla lettera A) e ai criteri sopra riportati, il grado di invalidità permanente viene determinato attraverso i valori e i criteri sopra indicati e tenendo conto della complessiva diminuzione della capacità dell'Assicurato allo svolgimento di un qualsiasi lavoro, indipendentemente dalla sua professione.

La perdita anatomica o funzionale di più organi, arti o loro parti, comporta l'applicazione della percentuale di invalidità calcolata sulla base dei valori indicati alla lettera A) e dei criteri sopra richiamati, pari alla

somma delle singole percentuali calcolate per ciascuna lesione, fino a raggiungere al massimo il valore indicato nella “Tabella 2 – Sezione Infortuni”.

Il diritto all'indennizzo per invalidità permanente è di carattere personale e quindi non è trasmissibile agli eredi. Tuttavia, se l'Assicurato muore per causa indipendente dall'infortunio denunciato dopo che l'indennizzo sia stato liquidato o comunque offerto in misura determinata, AXA paga agli eredi l'importo liquidato od offerto secondo le norme della successione testamentaria o legittima; nel caso invece, l'indennizzo non sia stato ancora offerto, in presenza di idonea documentazione che dimostri l'oggettiva stabilizzazione dei postumi permanenti, AXA paga l'importo spettante a termini di polizza agli eredi secondo le norme della successione testamentaria o legittima.

Art. 22 | Franchigia Invalidità Permanente

A parziale deroga dell'art. 21 - “Invalidità Permanente”, l'indennizzo verrà calcolato con l'applicazione delle franchigie indicate in polizza.

Le opzioni previste dalla presente garanzia sono:

- franchigia 0%;
- franchigia 3% (franchigia relativa 10%) – la franchigia non si applica nel caso di invalidità permanente accertata di grado pari o superiore al 10%;
- franchigia 3% (franchigia relativa 15%) – la franchigia non si applica nel caso di invalidità permanente accertata di grado pari o superiore al 15%.

Consultare la “Tabella 2 – Sezione Infortuni” per i dettagli relativi all'applicazione delle opzioni di franchigia previste.

Art. 23 | Riconoscimento dell'intera somma assicurata in caso di invalidità permanente grave

Qualora l'invalidità permanente accertata sia di **grado pari o superiore al 60%** della totale, l'indennità verrà corrisposta nella misura indicata nella “Tabella 2 – Sezione Infortuni”.

Art. 24 | Danno economico dell'azienda

AXA rimborsa all'azienda il **50% della somma assicurata** per l'Assicurato Titolare dell'Azienda qualora l'invalidità permanente accertata sia come quanto indicato nella “Tabella 2 – Sezione Infortuni”.

Art. 25 | Rimborso spese di cura da infortunio

AXA rimborsa all'Assicurato le seguenti spese sostenute **nei 360 giorni successivi** alla data del sinistro, purché effettuate durante la validità del contratto e se inerenti all'infortunio denunciato:

- a) visite mediche, analisi ed esami strumentali e di laboratorio.
Le spese dentarie sono rimborsate, limitatamente alle conseguenze dirette ed esclusive dell'infortunio, purché lo stesso sia documentato da referto di pronto soccorso o di ricovero.
Relativamente all'applicazione di protesi dentarie (comprese il costo di quest'ultime) la garanzia è prestata così come indicato nella “Tabella 2 – Sezione Infortuni”.
- b) trattamenti fisioterapici e rieducativi prestati da professionisti in possesso di regolare abilitazione;
- c) rette di degenza;
- d) onorari del chirurgo, dell'aiuto dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento, diritti di sala operatoria e materiale d'intervento. In caso di intervento chirurgico per la rimozione di mezzi di sintesi **il limite di 360 giorni viene elevato a 720 giorni.**

AXA rimborsa altresì le spese per:

- e) cure e medicinali sostenute durante il ricovero e nei **90 giorni successivi** all'intervento chirurgico o alla cessazione del ricovero;
- f) acquisto o noleggio, previa prescrizione medica, di stampelle, tutori ed altri apparecchi ortopedici, fino al massimo indicato nella “Tabella 2 – Sezione Infortuni”, ed effettuati nei 90 giorni successivi al sinistro;
- g) trasporto sanitario dell'Assicurato stesso, con qualsiasi mezzo sanitariamente attrezzato, compreso l'elisoccorso, all'istituto di cura, per il trasferimento da un istituto di cura ad un altro e da qui al suo

domicilio, con un limite come indicato nella “Tabella 2 – Sezione Infortuni”, effettuato nei 90 giorni successivi al sinistro.

Il rimborso di quanto previsto al presente articolo viene effettuato nei limiti indicati nella “Tabella 2 – Sezione Infortuni”.

Il suindicato scoperto non si applica in caso di sinistro che abbia comportato un ricovero, un intervento chirurgico od un'invalità permanente accertata ad eccezione del rimborso delle spese dentarie come disciplinato nella “Tabella 2 – Sezione Infortuni”.

Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga del “Servizio Sanitario Nazionale”, AXA rimborserà le spese non riconosciute dal precitato Servizio, compresi eventuali ticket (rimborsati sempre integralmente), sostenute dall'Assicurato per le prestazioni sopra descritte.

Qualora l'Assicurato fruisca di altre analoghe assicurazioni private o sociali, la garanzia vale per l'eventuale eccedenza di spese da queste non rimborsate.

I rimborsi vengono effettuati a cura ultimata e dopo presentazione dei documenti giustificativi in copia od originale, in Italia ed in valuta corrente. AXA si riserva di richiedere all'Assicurato la produzione del giustificativo esclusivamente in originale.

Il massimale prescelto costituisce il massimo rimborso per persona per uno o più sinistri verificatisi nello stesso anno assicurativo.

Art. 26 | Diaria da ricovero

In caso di **ricovero** dell'Assicurato in istituto di cura, reso necessario da infortunio indennizzabile a termini di polizza, AXA corrisponde, a partire dal giorno successivo al ricovero, la diaria indicata in polizza per ogni giorno di ricovero documentato da cartella clinica, con **il massimo di 365 giorni** per sinistro.

In caso di **ricovero all'estero** AXA corrisponde la diaria indicata in polizza aumentata nei limiti indicati nella “Tabella 2 – Sezione Infortuni”. **La maggiorazione non è operante per la Città del Vaticano e la Repubblica di San Marino.**

In caso di **Day Surgery** conseguente ad infortunio, AXA corrisponde quanto indicato nella “Tabella 2 – Sezione Infortuni” per ogni giorno documentato da cartella clinica.

Art. 27 | Diaria da gessatura o traumi

In caso l'Assicurato sia soggetto a gessatura, a seguito di infortunio indennizzabile a termini del presente contratto, AXA corrisponde la diaria indicata in polizza, a partire dal giorno successivo all'applicazione della gessatura e sino al giorno di rimozione della stessa, **per un periodo massimo di 90 giorni per sinistro.**

In caso l'Assicurato riporti la frattura delle costole, dello sterno, del bacino, del cranio e/o delle vertebre, radiograficamente accertata e non comportante gessatura, a seguito di infortunio indennizzabile a termini di polizza, AXA corrisponde, la diaria prevista in polizza **per un periodo massimo di:**

- **10 giorni per la frattura di costole e/o dello sterno;**
- **40 giorni per la frattura del bacino, del cranio e/o di vertebre.**

In caso l'Assicurato sia soggetto ad **intervento di osteosintesi**, a seguito di infortunio indennizzabile a termini del presente contratto, AXA corrisponde la diaria indicata in polizza a partire dal giorno successivo all'intervento chirurgico di osteosintesi e sino al giorno di rimozione del mezzo metallico applicato, **per un periodo massimo di 40 giorni per sinistro.**

In caso di **applicazione del collare di Schanz o assimilabili**, per traumi distorsivi al rachide cervicale senza lesione mio-capsulo-legamentosa-scheletrica documentata da accertamenti strumentali, la diaria sarà corrisposta **per un periodo massimo di 10 giorni per sinistro.**

Qualora il contratto prevedesse l'operatività di garanzie appartenenti alla sezione malattia la presente prestazione farà riferimento all'art. 34 “Esclusioni”.

Condizioni di Assicurazione

Norme che regolano l'assicurazione – sezione infortuni

Tablelle riassuntive limiti di indennizzo, scoperti e/o franchigie

Tabella 2 – Sezione Infortuni

Garanzia	Limite di indennizzo	Scoperto o Franchigia
Maggiorazione dell'indennizzo in caso di commorienza dei genitori (Morte) Art. 20	Massimo indennizzo €150.000	-
Invalità permanente Art. 21 lettera A)	Massimo indennizzo pari al 2% della somma assicurata di Invalità Permanente per postumi di trauma distorsivo cervicale con contrattura muscolare e limitazione dei movimenti del capo e del collo	-
Invalità permanente Art. 21 lettera B) penultimo comma	L'indennizzo massimo in caso di perdita anatomica o funzionale di più organi, arti o loro parti, calcolato sulla base dei valori indicati alla lettera A) dell'art. 16 non potrà superare il valore massimo del 100%.	-
Invalità permanente Art. 22 - Franchigie		<ul style="list-style-type: none"> franchigia 0% → solo Dirigenti franchigia 3% relativa 10% → per Amministratori, Dirigenti, Quadri e Impiegati franchigia 3% relativa 15% → solo per la categoria Operai
Riconoscimento dell'intera somma assicurata in caso di invalità permanente grave Art. 23	Se l'invalità permanente accertata sia di grado pari o superiore al 60% della totale, l'indennità è corrisposta nella misura del 100% della somma assicurata.	-
Danno economico all'azienda Art. 24	Rimborso del 50% della somma assicurata qualora l'invalità permanente accertata sia di grado pari o superiore al 60% della totale.	
Rimborso spese di cura da infortunio Art. 25 lettera a)	€500 quale max indennizzo per protesi dentarie per sinistro e per anno assicurativo.	
Rimborso spese di cura da infortunio Art. 25 lettera f)	€500 quale max indennizzo per acquisto o noleggio di stampelle, tutori ed altri apparecchi ortopedici nei 90 giorni successivi al sinistro	
Rimborso spese di cura da infortunio Art. 25 lettera g)	€2.000 quale max indennizzo per trasporto sanitario dell'Assicurato, con qualsiasi mezzo sanitariamente attrezzato, compreso l'elisoccorso, all'istituto di cura, per il trasferimento da un istituto di cura ad un altro e da qui al suo domicilio per sinistro, effettuato nei 90 giorni successivi al sinistro.	
Rimborso spese di cura da infortunio Art. 25	Fino alla concorrenza dell'80% delle spese effettivamente sostenute	Scoperto del 20% a carico dell'Assicurato con il minimo di € 100,00, per sinistro e per persona.
Rimborso spese di cura da infortunio Spese dentarie - Art. 25	Fino alla concorrenza dell'80% delle spese effettivamente sostenute	Scoperto del 20% con l'applicazione del minimo di € 100,00, per sinistro e per persona
Diaria da ricovero Art. 26 secondo comma	Diaria aumentata del 50% in caso di ricovero all'estero. Maggiorazione non operante in Città del Vaticano e San Marino	
Diaria da ricovero Art. 26 ultimo comma	100% della diaria in polizza in caso di day surgery	

GLOSSARIO

Personalizzata
MALATTIA

Personalizzata
INFORTUNI

Personalizzata
ASSISTENZA

PACCHETTI

Condizioni di
Assicurazione
NORME COMUNI

ALLEGATI
Grandi Interventi e
Gravi Malattie

Condizioni di
Assicurazione
ARTICOLI DI LEGGE

INFORMATIVA
SULLA PRIVACY

Estensioni (sempre operanti)

Art. 28| Rischio volo

L'assicurazione si intende estesa agli infortuni che l'Assicurato subisca, in qualità di passeggero, durante i viaggi aerei di trasporto pubblico o privato, su velivoli od elicotteri da chiunque eserciti, esclusi i viaggi effettuati:

- su aeromobili di Società/Aziende di lavoro aereo per voli diversi dal trasporto pubblico passeggeri;
- su aeromobili in esercizio ad aeroclub;
- su apparecchi per il volo da diporto o sportivo.

La copertura inizia dal momento in cui l'Assicurato sale a bordo dell'aeromobile e cessa nel momento in cui scende.

Sono inoltre compresi gli eventuali infortuni che dovessero verificarsi in conseguenza di forzato dirottamento compreso quindi l'eventuale viaggio aereo di trasferimento dal luogo dove l'Assicurato fosse stato dirottato fino alla località di arrivo definitiva prevista dal biglietto aereo.

Resta espressamente convenuto che in nessun caso la Società potrà essere chiamata a risarcire, a seguito di sinistro, un indennizzo complessivo superiore a € 10.000.000,00 (come previsto nella "Tabella 3 – Estensioni Infortuni") qualunque sia il numero degli Assicurati viaggianti sull'aeromobile.

Qualora il predetto limite massimo fosse insufficiente a coprire per intero il totale degli indennizzi liquidabili a termini di polizza, in dipendenza del medesimo sinistro, la Società liquiderà ciascun Assicurato in base alla proporzione esistente tra il suddetto limite ed il totale degli indennizzi che sarebbero liquidabili a termini di polizza, salvo per quanto disposto nella presente clausola.

Art. 29| Malattie professionali

L'assicurazione, limitatamente ai casi di Morte e Invalidità permanente, viene estesa anche alle malattie professionali (intendendosi come tali quelle indicate nella tabella annessa al D.P.R. 30 giugno 1965, n. 1124, e successive modificazioni della tabella stessa intervenute sino al 30 giugno 2000 (escluso in ogni caso il cosiddetto danno biologico), che si manifestino nel corso della validità del presente contratto e che riducano l'attitudine generica al lavoro in misura superiore al 10% della totale; quando la silicosi e l'asbestososi siano associate a tubercolosi polmonare in fase attiva, anche se iniziale, e sempre che il quadro morboso complessivo sia tale da determinare l'abbandono del lavoro, la franchigia predetta si intende abolita.

Resta confermata l'esclusione di cui alla lettera "l" dell'art. 34 - "Esclusioni".

Art. 30| Rimborso spese per danni estetici

L'assicurazione si intende estesa al rimborso delle spese sostenute dall'Assicurato per cure, applicazioni ed interventi di chirurgia effettuata allo scopo di eliminare o ridurre il danno estetico derivante da infortunio, indennizzabile ai termini di polizza, che abbia per conseguenza deturpazioni al viso di carattere estetico.

L'importo massimo previsto per il rimborso spese è pari a quanto previsto nella "Tabella 3 – Estensioni Infortuni".

Art. 31| Ernie traumatiche o da sforzo

L'assicurazione si intende estesa, limitatamente alla garanzia Invalidità permanente da infortunio (se prevista in polizza), alle ernie traumatiche o da sforzo (escluse in ogni caso le ernie discali).

Nel caso in cui l'ernia non risulti obiettivamente operabile AXA riconoscerà esclusivamente un indennizzo per invalidità permanente, riconoscendo un grado di invalidità come indicato nella "Tabella 3 – Estensioni Infortuni", fermo restando l'applicazione delle franchigie di polizza.

L'assicurazione ha effetto trascorsi 180° giorni da quello di effetto dell'assicurazione.

Qualora, per sostituzione od altra variazione di polizza, la presente assicurazione subentri - senza soluzione di continuità - ad altra eguale assicurazione con AXA, il termine di 180 giorni sopra stabilito decorre:

- dalla data di decorrenza della precedente assicurazione, per gli Assicurati e per le somme e le prestazioni dalla stessa già previsti;
- dalla data di decorrenza della presente assicurazione, limitatamente alle maggiori somme ed alle nuove persone e prestazioni da essa previste.

Art. 32| Rotture sottocutanee di tendini

L'assicurazione è estesa, limitatamente alle garanzie Invalidità permanente e Rimborso spese di cura (se previste in polizza), alle rotture sottocutanee di tendini in seguito ad infortunio indennizzabile a termini di polizza.

Nel caso l'infortunio denunciato comporti la rottura di uno o più tendini AXA riconosce, per l'**Invalidità permanente** e per il **Rimborso spese di cura**, le indennità e le somme previste nella "Tabella 3 – Estensioni Infortuni".

Art. 33| Eventi naturali catastrofici

In caso di morte e invalidità permanente la garanzia si intende estesa agli infortuni derivanti da movimenti tellurici, inondazioni o eruzioni vulcaniche sempre che l'Assicurato sia rimasto vittima degli eventi al di fuori del comune ove è fissata la sua residenza:

- per una somma assicurata per persona pari a quanto indicato nella "Tabella 3 – Estensioni Infortuni";
- con il massimo esborso come previsto nella "Tabella 3 – Estensioni Infortuni"; per polizza qualora più assicurati con la presente polizza fossero coinvolti in un medesimo evento, con riduzione proporzionale dell'indennizzo nel caso in cui gli indennizzi complessivamente spettanti eccedessero tale importo.

Tablelle riassuntive limiti di indennizzo, scoperti e/o franchigie

Tabella 3 – Estensioni Infortuni

Garanzia	Limite di indennizzo	Scoperto o Franchigia
Rischio volo Art. 28	Massimo indennizzo per più assicurati €10.000.000	-
Rimborso spese per danni estetici Art. 30	Massimo indennizzo €2.500	-
Ernie traumatiche da sforzo Art. 21 secondo comma	Indennizzo per un grado di invalidità permanente non superiore a 10 punti percentuali	-
Rotture sottocutanee di tendini - Invalidità permanente Art. 32	Indennizzo forfettario pari al 2% del capitale assicurato per Invalidità Permanente da infortunio, con il massimo di € 5.000 senza tener conto delle franchigie previste	-
Rotture sottocutanee di tendini - Rimborso spese di cura Art. 32	Massimale di € 1.000	-
Eventi naturali catastrofici Art. 33	- Rimborso per persona pari al 50% della somma prevista col massimo di € 500.000; - Massimo esborso di € 10.000.000 per più assicurati per polizza	-

Cosa non assicurato

Art. 34| Esclusioni

Sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni causati:

- a) dalla guida o uso anche come passeggero di mezzi di locomozione aerei, compresi deltaplani e ultraleggeri, salvo quanto previsto dall'art. 28 - "Rischio volo";
- b) dalla guida di qualsiasi veicolo o natante a motore, se l'Assicurato è privo dell'abilitazione prescritta dalle disposizioni vigenti, salvo il caso di guida con patente scaduta, ma a condizione che l'Assicurato abbia, al momento di sinistro, i requisiti per il rinnovo;
- c) dalla pratica di: pugilato, arti marziali, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme, alpinismo con scalata di difficoltà superiore al 3° grado della scala di Monaco, free climbing, skeleton, velocità pura su sci, sci estremo, football americano, rugby, hockey, discese su rapide con qualsiasi mezzo, regate o traversate in alto mare effettuate solitariamente, bungee jumping, salti dal trampolino con sci od idrosci nonché sci acrobatico, immersioni con autorespiratore, speleologia, bob o guidoslitta su pista specifica, Kitesurf, snow-kite, sport aerei in genere quali a puro titolo esemplificativo deltaplani, velivoli ultraleggeri, paracadutismo, parapendio;
- d) dalla pratica di qualsiasi sport esercitato professionalmente;
- e) dalla partecipazione a competizioni e relative prove ippiche, calcistiche, ciclistiche, di pallavolo, pallacanestro, pallamano, triathlon e duathlon svolte sotto l'egida delle competenti Federazioni o di Enti di promozione sportiva, in qualità di tesserati;
- f) da ubriachezza dell'Assicurato, da abuso di psicofarmaci, dall'uso di stupefacenti o allucinogeni;
- g) da azioni delittuose compiute o tentate dall'Assicurato, intendendosi invece compresi quelli sofferti in conseguenza di imprudenza, imperizia o negligenza anche gravi;
- h) da atti commessi volontariamente dall'Assicurato contro la sua persona o da lui consentiti;
- i) dall'uso, anche come passeggero, di veicoli o natanti a motore in competizioni non di regolarità pura e nelle relative prove;
- j) da movimenti tellurici, inondazioni ed eruzioni vulcaniche, salvo quanto previsto dall'art. 33 "Eventi naturali catastrofici";
- k) da guerra (dichiarata o non dichiarata) od insurrezioni, salvo quanto previsto dall'art. 52 "Rischio guerra";
- l) da trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);

Sono inoltre esclusi dall'assicurazione:

- m) le ernie e le rotture sottocutanee di tendini, salvo quanto previsto dall'art. 31 "Ernie traumatiche o da sforzo" e dall'Art. 32 "Rotture sottocutanee di tendini";
- n) le conseguenze dell'infortunio che si concretizzino nella sindrome da immunodeficienza acquisita (A.I.D.S), nella sieropositività da HIV e nelle sindromi ad esse correlate;
- o) le prestazioni sanitarie non riconosciute dalla medicina ufficiale nonché quelle non effettuate da medici o paramedici abilitati all'esercizio dell'attività professionale;
- p) le cure odontoiatriche ed ortodontiche salvo quanto previsto dall'art. 25 "Rimborso spese di cura da infortunio" lettera a);
- q) le conseguenze di operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche non resi necessari da infortunio;
- r) gli infarti da qualsiasi causa.

Art. 35| Limiti catastrofali

Nel caso di sinistro che colpisca, in conseguenza di un unico evento, più persone assicurate con polizze stipulate dallo stesso Contraente, l'esborso massimo complessivo a carico di AXA **non potrà essere superiore a 10.000.000 euro**.

Se gli indennizzi complessivamente dovuti eccedessero tale importo, AXA procederà alla loro riduzione proporzionale.

Come attivare le prestazioni (sezione Infortuni)

Art. 36 | Obblighi in caso di sinistro - Infortuni

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

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

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

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

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

L'Assicurato od i suoi famigliari devono consentire le indagini e gli accertamenti necessari nonché, su richiesta di AXA, sottoporsi agli eventuali accertamenti e controlli medici disposti dai suoi incaricati, fornire ogni informazione e produrre copia di ogni documentazione sanitaria richiesta sciogliendo dal segreto professionale e d'ufficio i medici che lo hanno visitato o curato e gli enti presso i quali è stato ricoverato o curato ambulatorialmente, acconsentendo al trattamento dei dati personali a norma del d.lgs 196/03 e successive modifiche.

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

Corresponsione di diarie

- **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 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.

Liquidazione dell'indennità Morte e Invalidità permanente da infortunio – forma assicurativa a multipli retributivi

Per la liquidazione delle indennità per le garanzie Morte e Invalidità Permanente da Infortunio nella forma a multipli retributivi, è considerata retribuzione annua dell'infortunato quella percepita nei dodici mesi precedenti a quello in cui si è verificato l'infortunio purché su essa sia conteggiato o sia conteggiabile il premio di assicurazione.

Art. 37 | Criteri di indennizzabilità – Garanzie infortuni

AXA corrisponde l'indennizzo per le conseguenze dirette ed esclusive dell'infortunio. Se, al momento dell'infortunio, l'Assicurato non è fisicamente integro e sano, sono indennizzabili soltanto le conseguenze che si sarebbero comunque verificate qualora l'infortunio avesse colpito una persona fisicamente integra e sana.

In caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto già minorato, le percentuali di cui all'art. 21 - "Invalidità permanente", sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente.

Qualora un adeguato trattamento terapeutico possa modificare positivamente la prognosi dell'infortunio oggetto di denuncia e l'Assicurato non intenda sottoporvisi, la valutazione del danno viene effettuata sulla base del tasso di invalidità permanente che residuerebbe se l'Assicurato stesso si sottoponesse a detto trattamento, senza tener conto del maggior pregiudizio derivante dalle condizioni di salute in atto.

Morte

- L'indennizzo sarà liquidato ai beneficiari designati o, in difetto di designazione, agli eredi dell'Assicurato in parti uguali.
- Qualora, a seguito di infortunio indennizzabile a termini di polizza, il corpo dell'Assicurato non venga ritrovato e si presuma sia avvenuto il decesso, AXA liquiderà ai beneficiari o eredi di cui sopra la somma prevista per il caso di morte. La liquidazione avverrà non prima che siano trascorsi 6 mesi dalla presentazione dell'istanza per la dichiarazione di morte presunta a termini degli artt. 60 e 62 c.c. Qualora, dopo il pagamento dell'indennizzo, l'Assicurato risultasse in vita, AXA avrà diritto alla restituzione della somma pagata. A restituzione avvenuta, l'Assicurato potrà far valere i propri diritti per l'invalidità permanente eventualmente subita.

Invalidità permanente

- a) Se l'infortunio ha come conseguenza l'invalidità permanente definitiva totale, AXA corrisponde la somma assicurata.
- b) Se l'infortunio ha come conseguenza un'invalidità permanente definitiva parziale, l'indennizzo viene calcolato sulla somma assicurata in proporzione al grado di invalidità permanente che va accertato facendo riferimento alla tabella annessa al T.U. sull'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni e le malattie professionali (con esclusione comunque di ogni e qualsiasi invalidità conseguente a malattia professionale) approvata con D.P.R. del 30/06/1965 n. 1124 (per l'industria) e successive modifiche della tabella stessa intervenute sino al 30 giugno 2000, con rinuncia da parte della Società all'applicazione della franchigia relativa prevista.

La perdita anatomica o funzionale di più organi, arti o loro parti, comporta l'applicazione della percentuale di invalidità calcolata sulla base dei valori indicati alla lettera b) e dei criteri sopra richiamati, pari alla somma delle singole percentuali calcolate per ciascuna lesione, fino a raggiungere al massimo il valore del 100%.

Per gli Assicurati mancini le percentuali di invalidità permanente previste dalla precitata tabella per l'arto superiore destro varranno per l'arto superiore sinistro e viceversa.

Il diritto all'indennizzo per invalidità permanente è di carattere personale e quindi non è trasmissibile agli eredi.

Tuttavia, se l'Assicurato muore per causa indipendente dall'infortunio denunciato dopo che l'indennizzo sia stato liquidato o comunque offerto in misura determinata, AXA paga agli eredi l'importo liquidato od offerto secondo le norme della successione testamentaria o legittima; nel caso invece, l'indennizzo non sia stato ancora offerto, in presenza di idonea documentazione che dimostri l'oggettiva stabilizzazione dei postumi permanenti, AXA paga l'importo spettante a termini di polizza agli eredi secondo le norme della successione testamentaria o legittima.

Tale copertura è prestata con l'applicazione della franchigia indicata in polizza ove presente e operante come definite nell'art. 22 "Franchigia Invalidità Permanente".

Per il pagamento dell'indennizzo vale quanto definito nell'Art. 17 punto 7 "Pagamento dell'indennizzo".

Art. 38| Cumulo di indennità

Le indennità per tutte le garanzie sono cumulabili fra di loro tranne la garanzia morte che non è cumulabile con l'invalidità permanente; tuttavia, se dopo il pagamento di un indennizzo per invalidità permanente, ma entro due anni dal giorno dell'infortunio ed in conseguenza di questo, l'Assicurato muore, gli eredi dell'Assicurato non sono tenuti ad alcun rimborso, mentre i beneficiari hanno diritto soltanto alla differenza tra l'indennizzo per morte - se superiore - e quello già pagato per invalidità permanente.

Art. 39| Controversie – Arbitrato irrituale

Le controversie di natura medica sull'indennizzabilità del sinistro, sul grado di invalidità permanente, sui miglioramenti ottenibili con adeguati trattamenti terapeutici, nonché sull'applicazione dei criteri di indennizzabilità, a norma e nei limiti delle condizioni di polizza, possono essere demandate per iscritto, di comune accordo fra le Parti, ad un Collegio di tre medici, nominati uno per Parte ed il terzo di comune accordo o, in caso contrario, dal Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo ove deve riunirsi il Collegio dei Medici.

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

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

È data facoltà al Collegio Medico di rinviare, ove ne riscontri l'opportunità, l'accertamento definitivo dell'invalidità permanente ad epoca da definirsi dal Collegio stesso, nel qual caso il Collegio può intanto concedere una provvisoria sull'indennizzo.

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 e violazione di patti contrattuali.

Art. 40| Anticipo indennizzo sulla garanzia Invalidità permanente da infortunio

Trascorsi 30 giorni dalla richiesta dell'Assicurato, AXA anticiperà il 50% del presumibile ammontare dell'indennizzo per Invalidità permanente da infortunio da conguagliarsi in sede di definitiva liquidazione del sinistro a condizione che:

- non esistano contestazioni sull'indennizzabilità dell'infortunio,
- il grado di invalidità permanente stimato da AXA non sia inferiore al 25%.

Fermo restando quanto previsto, l'anticipo non deve essere considerato impegno definitivo di AXA sul grado percentuale di invalidità permanente da liquidarsi.

Sezione Assistenza

Premessa

La gestione dei successivi servizi di **Assistenza** è stata affidata da AXA ad INTER PARTNER ASSISTANCE S.A. - Rappresentanza Generale per l'Italia - Via Carlo Pesenti, 121 - 00156 Roma, di seguito denominata AXA Assistance. 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.

Cosa assicuro

Art. 41 | Prima Assistenza

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

a) Emergenza

Consulenza telefonica medica e pediatrica

L'Assicurato, in caso di urgenza conseguente a infortunio o malattia improvvisa, può contattare la Struttura Organizzativa, attiva 24 ore su 24 ore, tutti i giorni dell'anno, per organizzare un consulto medico telefonico. Il servizio medico della Struttura Organizzativa, in base alle informazioni ricevute al momento della richiesta da parte dell'Assicurato o, qualora lo stesso non ne sia in grado, da persona terza, potrà fornire:

- consigli medici o pediatrici di carattere generale;
- informazioni riguardanti:
 - reperimento dei mezzi di soccorso;
 - reperimento di medici generici e specialisti;
 - lettura referti ed analisi;
 - localizzazione di centri di cura generica e specialistica sia pubblici che privati;
 - modalità di accesso a strutture sanitarie pubbliche e private;
 - esistenza e reperibilità di farmaci.

La Struttura Organizzativa non fornirà diagnosi o prescrizioni ma farà il possibile per mettere rapidamente l'Assicurato in condizione di ottenere quanto necessario.

Dove è valida la prestazione

La prestazione “Consulenza telefonica medica e pediatrica” è valida dall'Italia e dall'estero.

Invio del medico o del pediatra, invio dell'ambulanza

Qualora, successivamente al consulto medico telefonico, il servizio medico della Struttura Organizzativa valuti necessaria e non rinviabile una visita medica dell'Assicurato, la Struttura Organizzativa invierà un medico generico o un pediatra convenzionato sul posto.

La prestazione viene fornita con costi a carico di AXA.

Qualora non sia immediatamente disponibile l'invio del medico o del pediatra, AXA Assistance organizzerà il trasferimento in ambulanza dell'Assicurato presso il centro di primo soccorso più vicino al suo domicilio e senza costi a suo carico.

Resta inteso che in caso di emergenza la Struttura Organizzativa non potrà in alcun caso sostituirsi agli Organismi Ufficiali di Soccorso (Servizio 118), né assumersi le eventuali spese.

Dove è valida la prestazione

La prestazione “Invio del medico o del pediatra, invio dell'ambulanza” è valida esclusivamente in Italia.

Consegna del farmaco a domicilio

L'Assicurato che non sia in grado di occuparsi autonomamente, sulla base di certificazione medica, dell'acquisto di medicinali, potrà inoltre usufruire della prestazione “Consegna del farmaco a domicilio” per un massimo di 2 consegne all'anno.

I farmaci dovranno prescritti su ricetta medica redatta da un medico (es. medico di base, specialista, etc.). La ricetta dovrà essere disponibile presso la farmacia indicata dall'assicurato per l'acquisto.

In alternativa, la Centrale Operativa provvederà, rispettando le norme che regolano l'acquisto ed il trasporto dei medicinali, ad inviare un suo incaricato presso il luogo in cui si trova l'Assicurato per ritirare la ricetta, il contante e l'eventuale delega necessari all'acquisto provvedendo poi alla consegna dei medicinali richiesti nel più breve tempo possibile.

Infine, la ricetta può essere disponibile presso il medico che l'ha redatta.

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

Dove è valida la prestazione

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

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;

Il trasporto sanitario sarà effettuato con i mezzi ritenuti più idonei ad insindacabile giudizio della Struttura Organizzativa:

- aereo sanitario;
- aereo di linea, classe economica, eventualmente barellato;
- treno prima classe e, ove necessario, vagone letto;
- autoambulanza, senza limiti di chilometraggio;
- altro mezzo di trasporto.

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

Eventuali spese eccedenti il suddetto limite di **€ 5.000,00** potranno essere rimborsate da AXA secondo quanto previsto nelle ulteriori garanzie acquistate in polizza che comprendono il trasporto sanitario, ad AXA Assistance che si è fatta carico di anticipare le spese per conto dell'assicurato. Qualora si dovesse successivamente accertare la non validità della polizza e/o la sussistenza di condizioni e/o elementi che determinano l'inoperatività o l'inefficacia dell'assicurazione, l'Assicurato sarà tenuto a rimborsare ad AXA le somme che questa, per il tramite di AXA Assistance o sua corrispondente, abbia corrisposto.

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

Dove è valida la prestazione

La prestazione "Trasporto sanitario" è valida in Italia e all'estero.

Accompagnatore in caso di trasporto sanitario

In caso di trasporto sanitario di cui alla precedente prestazione "Trasporto sanitario", 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. AXA Assistance non garantisce di poter organizzare il rientro dell'accompagnatore con il mezzo utilizzato per il rimpatrio/trasporto dell'Assicurato.

Dove è valida la prestazione

La prestazione "Accompagnatore in caso di trasporto sanitario" è valida in Italia e all'estero.

Trasporto salma

In caso di decesso dell'Assicurato, AXA Assistance organizzerà ed effettuerà il trasporto della salma fino al luogo di inumazione nel paese di origine.

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

AXA terrà a proprio carico le spese di trasporto e del feretro.

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

Sono escluse dalla prestazione le spese relative a:

- la cerimonia funebre e l'inumazione, che sono a carico della famiglia;
- l'eventuale recupero della salma;
- il soggiorno del familiare.

Dove è valida la prestazione

La prestazione "Trasporto salma" è valida in Italia e all'estero.

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 a una malattia o un infortunio occorso ad un suo familiare, e sempre che sia previsto un ricovero superiore a 48 ore, AXA Assistance metterà a sua disposizione un biglietto di viaggio (biglietto ferroviario di prima classe o biglietto aereo di classe economica) dal luogo di soggiorno fino al domicilio.

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

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

Dove è valida la prestazione

La prestazione "Rientro anticipato da un viaggio per malattia o infortunio di un familiare" è valida in Italia e all'estero.

Organizzazione assistenza domiciliare

Qualora l'Assicurato, a seguito di infortunio o malattia improvvisa, necessiti di una prestazione di assistenza domiciliare, la Struttura Organizzativa fornirà informazioni riguardo la ricerca di figure professionali o strutture come:

- babysitter;
- dogsitter;
- badante;
- collaboratore domestico;
- infermiere;
- fisioterapista;
- autista.

Resta inteso che l'organizzazione degli appuntamenti (e delle eventuali disdette) rimane in capo all'Assicurato e che tutte le spese relative alla prestazione richiesta sono a totale carico dell'Assicurato.

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

Dove è valida la prestazione

La prestazione "Organizzazione assistenza domiciliare" è valida esclusivamente in Italia.

b) Orientamento**Informazioni sulla sanità**

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

- la sanità pubblica in Italia (quali ad esempio: esenzioni, maternità e gravidanza, ticket, farmaci, medico di famiglia, rimborsi, liste di attesa).
- informazioni sanitarie specifiche del Paese estero di destinazione richiesto (documentazione sanitaria, profilassi e vaccinazioni, farmaci utili in viaggio, clima, servizi sanitari in loco, etc.).

Il servizio verrà erogato entro il giorno lavorativo successivo alla richiesta.

Dove è valida la prestazione

La prestazione "Informazioni sulla sanità" è valida dall'Italia e dall'estero.

Informazioni su ricerche medico/scientifiche e protocolli di cura

L'Assicurato, o in sua vece un familiare o il medico curante, in caso di urgenza può contattare telefonicamente la Struttura Organizzativa richiedendo, per una patologia allo stesso diagnosticata, ricerche medi-co/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 con finalità esclusivamente informative, verrà erogato entro il terzo giorno lavorativo dalla richiesta, ovvero entro il sesto giorno lavorativo qualora sia necessaria la traduzione, limitatamente ad una ricerca per Assicurato e per anno assicurativo.

Dove è valida la prestazione

La prestazione "Informazioni su ricerche medico/scientifiche e protocolli di cura" è valida in Italia e all'estero.

Informazioni donne partorienti/nascita bambino

L'Assicurato, in caso di urgenza può contattare telefonicamente la Struttura Organizzativa, per richiedere informazioni sui seguenti argomenti:

- Informazioni mediche e paramediche durante l'intero periodo di gestazione;
- Supporto psicologico telefonico;
- Informazioni telefoniche su maternità, nidi, pratiche amministrative.

Dove è valida la prestazione

La prestazione "Informazioni donne partorienti/nascita bambino" è valida esclusivamente in Italia.

Informazioni Banca Cellule Staminali del cordone ombelicale

L'Assicurato, durante il periodo di gravidanza, in caso di urgenza potrà contattare la Struttura Organizzativa 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 Struttura Organizzativa, che si occuperà di fornire informazioni sulle Strutture che offrono tale servizio.

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

Dove è valida la prestazione

La prestazione "Informazioni Banca Cellule Staminali del cordone ombelicale" è valida esclusivamente per le strutture italiane.

c) Prestazioni valide solo all'Estero

Malattia improvvisa o grave infortunio

Nel caso in cui l'Assicurato sia all'estero e, a seguito di improvvisa malattia o di infortunio, necessiti di ricovero urgente, l'Assicurato stesso o, se impossibilitato, un suo familiare, potrà contattare telefonicamente la Struttura Organizzativa. Questa si occuperà di organizzare 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 (fermi eventuali scoperti, franchigie o limiti di indennizzo).

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

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

Interprete

Nel caso in cui l'Assicurato, in seguito ad una improvvisa malattia od un infortunio, sia ricoverato presso una struttura sanitaria all'estero e si rendesse necessaria la presenza di un interprete per agevolare la comunicazione con i medici curanti, AXA Assistance provvederà a reperirlo, trattenendo a proprio carico i relativi costi entro un limite di 8 ore lavorative per Assicurato e anno assicurativo.

Collegamento telefonico con la struttura sanitaria

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

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

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

Trasmissione comunicazioni urgenti

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

Viaggio di un familiare in caso di ricovero

Nel caso in cui l'Assicurato, in seguito ad una improvvisa malattia o un infortunio, sia ricoverato presso una struttura sanitaria all'estero per un **periodo minimo di 3 giorni** e si rendesse indispensabile la presenza di un familiare, AXA Assistance metterà a disposizione dello stesso un biglietto di viaggio (biglietto ferroviario di prima classe o biglietto aereo di classe economica) dal luogo di domicilio a quello del ricovero.

Prolungamento soggiorno dei familiari per ricovero dell'Assicurato

Qualora l'Assicurato venga ricoverato all'estero per un periodo superiore a 7 giorni e i familiari al suo seguito vogliano rimanergli accanto, AXA Assistance provvederà alle spese per il loro pernottamento in albergo **entro il limite di € 80,00 per notte e per persona e € 1.000,00 per sinistro**, purché il prolungamento riguardi un periodo successivo alla data di rientro inizialmente prevista. A tal fine AXA Assistance avrà la facoltà di richiedere documentazione attestante la durata del soggiorno inizialmente stabilita, anche se suddivisa in più tappe.

La prestazione si intende limitata alle sole spese di pernottamento e prima colazione, escludendo ogni spesa diversa da queste.

Rientro dell'Assicurato convalescente al proprio domicilio

Qualora l'Assicurato in seguito alle dimissioni di ricovero non fosse obiettivamente in grado di rientrare alla

propria residenza con il mezzo inizialmente previsto, AXA Assistance organizza e prende a proprio carico le spese di rientro. La prestazione è estesa anche ad un familiare o ad un compagno di viaggio.

Rientro/Assistenza dei figli minori privi di tutela

Qualora l'Assicurato, in viaggio con figli minorenni, sia impossibilitato a prendersi cura degli stessi a seguito di ricovero o decesso e non vi sia nessun altro in grado di farlo, la Struttura Organizzativa fornirà ad un familiare, residente nel Paese di origine, un biglietto di andata e ritorno (ferroviario di prima classe o aereo classe economica o altro mezzo a proprio insindacabile giudizio) per permettere allo stesso di raggiungere i minori e riportarli al Paese di origine.

Sono escluse le spese di soggiorno del familiare e tutte le spese diverse dai biglietti di viaggio.

La prestazione non è fornita qualora l'Assicurato abbia già richiesto il "Viaggio di un familiare in caso di ricovero".

Reperimento di medicinali urgenti

Nel caso in cui l'Assicurato necessiti di un farmaco irreperibile nel Paese nel quale si trova, AXA Assistance, scegliendo la soluzione di maggior rapidità, provvederà a:

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

ovvero

- inviare direttamente dall'Italia il farmaco richiesto.

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

Art. 42 | Assistenza 360

Il servizio di "Assistenza 360" garantisce all'Assicurato, in caso di infortunio o malattia, le seguenti prestazioni:

a) Emergenza**Consulenza telefonica medica e pediatrica**

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

Qualora l'Assicurato abbia bisogno di organizzare un consulto medico telefonico in caso di urgenza conseguente a infortunio o malattia improvvisa, la Struttura Organizzativa trasferirà la chiamata alla propria équipe medica che valuterà, con il consenso dell'Assicurato, se attivare la prestazione in base all'evento previsto in polizza e se proseguire il colloquio per telefono o passare alla modalità video chiamata. L'équipe medica è composta da:

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

La Centrale Operativa potrà fornire:

- consigli medici o pediatrici di carattere generale;
- informazioni riguardanti:
- reperimento dei mezzi di soccorso;
- reperimento di medici generici e specialisti;
- lettura referti ed analisi;
- localizzazione di centri di cura generica e specialistica sia pubblici che privati;

- modalità di accesso a strutture sanitarie pubbliche e private;
- esistenza e reperibilità di farmaci.

La Centrale Operativa non fornirà diagnosi ma farà il possibile per mettere rapidamente l'Assicurato in condizione di ottenere quanto necessario.

Dove è valida la prestazione

La prestazione "Consulenza telefonica medica e pediatrica" è valida dall'Italia e dall'estero

Invio del medico generico, pediatra, o ambulanza sul posto

Qualora, in caso di urgenza, successivamente al consulto medico telefonico, si valuti necessaria una visita medica dell'Assicurato, la Centrale Operativa invierà un medico generico o un pediatra convenzionato sul posto. Qualora non sia immediatamente disponibile l'invio del medico o del pediatra, AXA Assistance organizzerà il trasferimento in ambulanza dell'Assicurato presso il centro di primo soccorso più vicino al suo domicilio. La prestazione viene fornita con costi a carico di AXA.

Resta inteso che in caso di emergenza la Centrale Operativa non potrà in alcun caso sostituirsi agli Organismi Ufficiali di Soccorso (Servizio 118), né assumersi le eventuali spese.

Dove è valida la prestazione

La prestazione "Invio del medico generico, pediatra o ambulanza sul posto" è valida esclusivamente in Italia.

Consegna del farmaco a domicilio

L'Assicurato che non sia in grado di occuparsi autonomamente, sulla base di certificazione medica, dell'acquisto di medicinali, potrà inoltre usufruire della prestazione "Consegna del farmaco a domicilio" per un massimo di 2 consegne all'anno.

I farmaci dovranno prescritti su ricetta medica redatta dal medico che effettua il videoconsulto o da altro medico (es. medico di base, specialista, etc.). La ricetta dovrà essere disponibile presso la farmacia selezionata dall'assicurato per l'acquisto. In alternativa, la Centrale Operativa provvederà, rispettando le norme che regolano l'acquisto ed il trasporto

dei medicinali, ad inviare un suo incaricato presso il luogo in cui si trova l'Assicurato per ritirare la ricetta, il contante e l'eventuale delega necessari all'acquisto provvedendo poi alla consegna dei medicinali richiesti nel più breve tempo possibile.

Infine, la ricetta può essere disponibile presso il medico che l'ha redatta.

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

Dove è valida la prestazione

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

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;

Il trasporto sanitario sarà effettuato con i mezzi ritenuti più idonei ad insindacabile giudizio della Centrale Operativa:

- aereo sanitario;
- aereo di linea, classe economica, eventualmente barellato;
- treno prima classe e, ove necessario, vagone letto;

- autoambulanza, senza limiti di chilometraggio;
- altro mezzo di trasporto.

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

Eventuali spese eccedenti il suddetto limite di **€5.000,00** potranno essere rimborsate da AXA secondo quanto previsto nelle ulteriori garanzie acquistate in polizza che comprendono il trasporto sanitario, ad AXA Assistance che si è fatta carico di anticipare le spese per conto dell'assicurato. Qualora si dovesse successivamente accertare la non validità della polizza e/o la sussistenza di condizioni e/o elementi che determinano l'inoperatività o l'inefficacia dell'assicurazione, l'Assicurato sarà tenuto a rimborsare ad AXA le somme che questa, per il tramite di AXA Assistance o sua corrispondente, abbia corrisposto. Tali circostanze saranno debitamente comunicate all'Assicurato, mediante lettera raccomandata, e lo stesso sarà tenuto a restituire dette somme indebitamente liquidate da AXA, per il tramite di AXA Assistance, entro e non oltre 30 giorni dal ricevimento delle stesse. Qualora l'Assicurato non ottemperi nei tempi previsti a quanto sopra, AXA si riserva il diritto di agire giudizialmente nei suoi confronti per ottenere la restituzione di quanto indebitamente liquidato.

Dove è valida la prestazione

La prestazione "Trasporto sanitario" è valida in Italia e all'estero.

Accompagnatore in caso di trasporto sanitario

In caso di trasporto sanitario di cui alla precedente prestazione "Trasporto sanitario", 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. AXA Assistance non garantisce di poter organizzare il rientro dell'accompagnatore con il mezzo utilizzato per il rimpatrio/trasporto dell'Assicurato.

Dove è valida la prestazione

La prestazione "Accompagnatore in caso di trasporto sanitario" è valida in Italia e all'estero.

Trasporto salma

In caso di decesso dell'Assicurato, AXA Assistance organizzerà ed effettuerà il trasporto della salma fino al luogo di inumazione nel paese di origine.

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

AXA terrà a proprio carico le spese di trasporto e del feretro.

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

Sono escluse dalla prestazione le spese relative a:

- la cerimonia funebre e l'inumazione, che sono a carico della famiglia;
- l'eventuale recupero della salma;
- il soggiorno del familiare.

Dove è valida la prestazione

La prestazione "Trasporto salma" è valida in Italia e all'estero.

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 a una malattia o un infortunio occorso ad un suo familiare, e sempre che sia previsto un ricovero

superiore a 48 ore, AXA Assistance metterà a sua disposizione un biglietto di viaggio (biglietto ferroviario di prima classe o biglietto aereo di classe economica) dal luogo di soggiorno fino al domicilio.

L'esposizione di AXA Assistance deve intendersi complementare a quanto l'Assicurato avrebbe dovuto comunque sostenere per il suo ritorno, quali i costi relativi a biglietti aerei, ferroviari o marittimi, pedaggi, costo di carburante, ecc., che devono pertanto considerarsi a suo carico. In conseguenza di ciò l'Assicurato sarà tenuto ad intraprendere le pratiche per il rimborso dei biglietti di viaggio non utilizzati, entro i tempi e con le modalità previste dal contratto di viaggio, ed a versarne le relative somme ad AXA Assistance.

Dove è valida la prestazione

La prestazione "Rientro anticipato da un viaggio per malattia o infortunio di un familiare" è valida in Italia e all'estero.

Reperimento contatti di Assistenza domiciliare

Qualora l'Assicurato, a seguito di infortunio o malattia improvvisa, necessiti di una prestazione di assistenza domiciliare, la Centrale Operativa fornirà informazioni riguardo la ricerca di strutture o di figure professionali come:

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

Resta inteso che l'organizzazione degli appuntamenti (e delle eventuali disdette) rimane in capo all'Assicurato e che tutte le spese relative alla prestazione richiesta sono a totale carico dell'Assicurato.

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

Dove è valida la prestazione

La prestazione "Reperimento contatti di Assistenza domiciliare" è valida esclusivamente in Italia.

b) Orientamento

Informazioni sulla sanità

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

- la sanità pubblica in Italia (quali ad esempio: esenzioni, maternità e gravidanza, ticket, farmaci, medico di famiglia, rimborsi, liste di attesa).
- informazioni sanitarie specifiche del Paese estero di destinazione richiesto (documentazione sanitaria, profilassi e vaccinazioni, farmaci utili in viaggio, clima, servizi sanitari in loco, etc.).

Il servizio verrà erogato entro il giorno lavorativo successivo alla richiesta.

Dove è valida la prestazione

La prestazione "Informazioni sulla sanità" è valida dall'Italia e dall'estero.

Informazioni su ricerche medico/scientifiche e protocolli di cura

L'Assicurato, o in sua vece un familiare o il medico curante, in caso di urgenza può contattare telefonicamente la Centrale Operativa 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, con finalità esclusivamente informative, verrà erogato entro il terzo giorno lavorativo dalla richiesta,

ovvero entro il sesto giorno lavorativo qualora sia necessaria la traduzione, limitatamente ad una ricerca per Assicurato e per anno assicurativo.

Dove è valida la prestazione

La prestazione "Informazioni su ricerche medico/scientifiche e protocolli di cura" è valida in Italia e all'estero.

Informazioni donne partorienti/nascita bambino

L'Assicurato, in caso di urgenza può contattare telefonicamente la Centrale Operativa, per richiedere informazioni sui seguenti argomenti:

- Indicazioni mediche e paramediche durante l'intero periodo di gestazione;
- Supporto psicologico telefonico;
- Informazioni telefoniche su maternità, nidi, pratiche amministrative.

Dove è valida la prestazione

La prestazione "Informazioni donne partorienti/nascita bambino" è valida esclusivamente in Italia.

Informazioni Banca Cellule Staminali del cordone ombelicale

L'Assicurato, durante il periodo di gravidanza, in caso di urgenza potrà contattare la Centrale Operativa 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.

Dove è valida la prestazione

La prestazione "Informazioni Banca Cellule Staminali del cordone ombelicale" è valida esclusivamente per le strutture italiane.

c) Prestazioni valide solo all'Estero

Malattia improvvisa o grave infortunio

Nel caso in cui l'Assicurato sia all'estero e, a seguito di improvvisa malattia o di infortunio, necessiti di ricovero urgente, l'Assicurato stesso o, se impossibilitato, un suo familiare, potrà contattare telefonicamente la Centrale Operativa. 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 (fermi eventuali scoperti, franchigie o limiti di indennizzo).

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

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

Interprete

Nel caso in cui l'Assicurato, in seguito ad una improvvisa malattia od un infortunio, sia ricoverato presso una

struttura sanitaria all'estero e si rendesse necessaria la presenza di un interprete per agevolare la comunicazione con i medici curanti, AXA Assistance provvederà a reperirlo, trattenendo a proprio carico i relativi costi entro un limite di 8 ore lavorative per Assicurato e anno assicurativo.

Collegamento telefonico con la struttura sanitaria

Qualora l'Assicurato sia ricoverato all'estero 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 ore successive al ricovero, mediante collegamento telefonico tra il proprio servizio medico e il medico curante sul luogo del ricovero.

Le notizie cliniche saranno comunicate telefonicamente previa richiesta da parte dell'Assicurato o di persona terza, qualora lo stesso non ne sia in grado, e previa indicazione del destinatario del messaggio e relativo recapito telefonico dello stesso. Le notizie cliniche sul paziente dovranno essere autorizzate dal paziente stesso ad AXA Assistance, tramite

apposito modulo denominato R.O.I (Release of Information).

Trasmissione comunicazioni urgenti

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

Viaggio di un familiare in caso di ricovero

Nel caso in cui l'Assicurato, in seguito ad una improvvisa malattia o un infortunio, sia ricoverato presso una struttura sanitaria all'estero per un periodo minimo di 3 giorni e si rendesse indispensabile la presenza di un familiare, AXA Assistance metterà a disposizione dello stesso un biglietto di viaggio (biglietto ferroviario di prima classe o biglietto aereo di classe economica) dal luogo di domicilio a quello del ricovero.

Prolungamento soggiorno dei familiari per ricovero dell'Assicurato

Qualora l'Assicurato venga ricoverato all'estero per un periodo superiore a 7 giorni e i familiari al suo seguito vogliano rimanergli accanto, AXA Assistance provvederà alle spese per il loro pernottamento in albergo entro il limite di € 80,00 per notte e per persona e € 1.000,00 per sinistro, purché il prolungamento riguardi un periodo successivo alla data di rientro inizialmente prevista. A tal fine AXA Assistance avrà la facoltà di richiedere documentazione attestante la durata del soggiorno inizialmente stabilita, anche se suddivisa in più tappe. La prestazione si intende limitata alle sole spese di pernottamento e prima colazione, escludendo ogni spesa diversa da queste.

Rientro dell'Assicurato convalescente al proprio domicilio

Qualora l'Assicurato in seguito alle dimissioni di ricovero non fosse obiettivamente in grado di rientrare alla propria residenza con il mezzo inizialmente previsto, AXA Assistance organizza e prende a proprio carico le spese di rientro. La prestazione è estesa anche ad un familiare o ad un compagno di viaggio.

Rientro/Assistenza dei figli minori privi di tutela

Qualora l'Assicurato, in viaggio con figli minorenni, sia impossibilitato a prendersi cura degli stessi a seguito di ricovero o decesso e non vi sia nessun altro in grado di farlo, la Centrale Operativa fornirà ad un familiare, residente nel Paese di origine, un biglietto di andata e ritorno (ferroviario di prima classe o aereo classe economica o altro mezzo a proprio insindacabile giudizio) per permettere allo stesso di raggiungere i minori e riportarli al Paese di origine.

Sono escluse le spese di soggiorno del familiare e tutte le spese diverse dai biglietti di viaggio. La prestazione non è fornita qualora l'Assicurato abbia già richiesto il "Viaggio di un familiare in caso di ricovero".

Reperimento di medicinali urgenti

Nel caso in cui l'Assicurato necessiti di un farmaco irreperibile nel Paese nel quale si trova, AXA Assistance, scegliendo la soluzione di maggior rapidità, provvederà a:

- reperire, tramite la propria organizzazione sanitaria internazionale il farmaco corrispondente sul posto od in un Paese limitrofo, ovvero
- inviare direttamente dall'Italia il farmaco richiesto.

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

d) My Doctor

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

Teleconsultazione medica e specialistica

Qualora l'Assicurato abbia bisogno di organizzare un consulto medico telefonico in caso di urgenza conseguente a infortunio o malattia improvvisa, la Struttura Organizzativa trasferirà la chiamata alla propria équipe medica che valuterà, con il consenso dell'Assicurato, se attivare la prestazione in base all'evento previsto in polizza e se proseguire il colloquio per telefono o passare alla modalità video chiamata.

L'équipe medica e di specialisti è composta da:

- medico generico (prestazioni illimitate)
- pediatra (prestazioni illimitate)
- **cardiologo** (con un massimo di 5 prestazioni per assicurato e per anno)
- **ortopedico** (con un massimo di 5 prestazioni per assicurato e per anno)
- **ginecologo** (con un massimo di 5 prestazioni per assicurato e per anno)
- **pneumologo** (con un massimo di 5 prestazioni per assicurato e per anno)
- **dermatologo** (con un massimo di 5 prestazioni per assicurato e per anno)
- **neurologo** (con un massimo di 5 prestazioni per assicurato e per anno)
- **allergologo** (con un massimo di 5 prestazioni per assicurato e per anno)

A disposizione dell'Assicurato anche un consulto con uno **psicologo**, che può avvenire nelle seguenti modalità:

- a disposizione H24 la possibilità di consulto telefonico urgente,
- a disposizione in soli orari d'ufficio, la possibilità di videochiamata attivata dall'équipe medica qualora lo valuti necessario in caso di:
 - diagnosi di malattia improvvisa, malattia cronico degenerativa o acuta, infortunio; la prestazione deve essere richiesta indicativamente nei **15 giorni** successivi all'evento;
 - stress causato da eventi quali pandemie, terremoti, catastrofi naturali, scoppi, coinvolgimento in incidenti stradali gravi ecc.

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

La prestazione in videochiamata verrà erogata con un massimo di 2 prestazioni (3 sedute per ciascuna prestazione) per Assicurato e per anno.

La prestazione non prevede la prescrizione di farmaci.

Dove è valida la prestazione

La prestazione "Teleconsultazione medica e specialistica" è disponibile dall'Italia e dall'estero.

Prescrizione medica

Nel caso in cui, a seguito di un consulto medico, si preveda l'assunzione di un **farmaco**, la Centrale Operativa

provvede a trasmettere all'Assicurato una ricetta medica "bianca" (non emessa nell'ambito del SSN), oppure previa verifica della disponibilità del farmaco, presso la farmacia aperta più vicina al luogo in cui si trova l'Assicurato o dallo stesso indicata, in modo che l'Assicurato o un suo delegato possano acquistare il medicinale prescritto. In alternativa nel caso in cui l'équipe medica lo ritenga necessario, la Centrale Operativa potrà inviare un medico presso il domicilio dell'assicurato o nel luogo dove questi risiede temporaneamente. L'eventuale ricetta medica bianca sarà consegnata direttamente all'assicurato. Inoltre, nel caso in cui, a seguito del consulto medico, si renda necessario una **visita specialistica** o un **esame diagnostico**, la centrale operativa provvede a trasmettere all'assicurato una prescrizione medica su ricetta bianca.

Dove è valida la prestazione

La prestazione "Prescrizione medica" in seguito alla "Teleconsultazione" è valida esclusivamente in Italia.

e) Assistenza domiciliare e c/o struttura a massimale a consumo

Premessa

La copertura opera in caso di infortunio o malattia dell'Assicurato comprovati da certificato medico fino alla concorrenza di un massimale di **€ 2.500,00** per Assicurato e per sinistro, fino a **un massimo di 3 sinistri per Assicurato e per anno assicurativo**. La prestazione è estesa anche all'Assicurato genitore di un neonato, entro i 60 giorni successivi al parto qualora il neonato non sia stato dimesso dall'istituto di cura.

Le prestazioni vengono erogate nei 90 giorni successivi all'infortunio, alla data del certificato medico in caso di malattia o alla data di dimissione in caso di ricovero. L'eventuale massimale residuo non è cumulabile con il sinistro successivo. Il massimale indicato è al lordo di imposta o altro onere stabilito per legge.

In tutti i casi in cui le prestazioni eccedono il massimale, il costo è a carico dell'Assicurato. Tale eventuale eccedenza viene comunicata dalla centrale operativa al momento del sinistro con l'indicazione del relativo importo preventivo. L'importo comunicato è puramente indicativo perché soggetto a possibili variazioni dovute all'effettivo servizio erogato; è esclusa pertanto ogni responsabilità della Centrale Operativa per importi diversi rispetto a quanto comunicato e che non rientrino in copertura.

L'Assicurato ha facoltà di scegliere se accettare la prestazione o richiedere una soluzione alternativa nell'ambito delle prestazioni a disposizione.

La Centrale Operativa e/o il medico si riserva di valutare la correttezza e l'opportunità della richiesta al momento del sinistro e avrà facoltà di richiedere eventuale documentazione di supporto (es. lettera di Dimissione Ospedaliera, prescrizione medica di fisioterapia, prescrizione medica di presidi medicochirurgici funzionali alla riabilitazione, ecc); inoltre dopo alcuni giorni dall'avvio della erogazione dei servizi concordati la Centrale Operativa avrà facoltà di richiamare l'Assicurato per verificare il perdurare del bisogno di assistenza o la completa guarigione.

In caso di ricovero programmato l'Assicurato potrà richiedere con un preavviso massimo di 2 giorni lavorativi le eventuali prestazioni "Assistenza domiciliare e c/o struttura necessarie. Laddove le prestazioni richieste non fossero più necessarie, l'Assicurato dovrà darne avviso alla Centrale Operativa il prima possibile.

Dove sono valide le prestazioni

Le prestazioni di "Assistenza domiciliare e c/o struttura a massimale a consumo" sono valide esclusivamente in Italia.

Area professionale

Assistenza infermieristica a domicilio

Qualora l'Assicurato necessiti, sulla base di certificazione medica, di essere assistito presso il proprio domicilio da personale specializzato (infermieristico o socio-assistenziale), 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.

AXA terrà a proprio carico il costo della prestazione.

Assistenza infermieristica H/24 presso la struttura di ricovero

Qualora a seguito di ricovero e sulla base di una dichiarazione del medico ospedaliero, l'Assicurato necessiti

di ricevere assistenza continua, notturna o diurna, presso la struttura di ricovero e non vi siano familiari disponibili ad assisterlo, lo stesso potrà richiedere alla Centrale Operativa il reperimento e l'invio di personale convenzionato specializzato (infermieristico o socio-assistenziale). La prestazione è fornita con un preavviso minimo di 24 ore.

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

AXA terrà a proprio carico il costo della prestazione.

Invio fisioterapista a domicilio

Qualora l'Assicurato necessiti, sulla base di certificazione medica, di essere assistito con urgenza presso il proprio domicilio da un fisioterapista, potrà richiedere alla Centrale Operativa il reperimento e l'invio di personale convenzionato.

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

AXA terrà a proprio carico il costo della prestazione.

Prelievo campioni

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

AXA 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.

Ritiro di esami ed analisi di laboratorio o accertamenti diagnostici

Qualora l'Assicurato necessiti di ritirare con urgenza i referti di accertamenti diagnostici effettuati come da certificazione del medico curante, potrà richiedere alla Centrale Operativa di recapitarli presso il proprio domicilio o consegnarli al medico curante. La Centrale Operativa provvederà ad inviare un corrispondente al domicilio dell'Assicurato, al quale consegnare la delega per il ritiro dei documenti.

AXA terrà a proprio carico il costo della consegna degli esiti, mentre il costo degli esami resta a carico dell'Assicurato.

Reperimento di presidi medico-chirurgici

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

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

la Centrale Operativa provvederà a reperirlo, se disponibile 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 presidi, AXA provvederà a rimborsare le spese relative al noleggior dei presidi stessi.

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

Ecografia/Radiografia a domicilio

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

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

Dove è valida la prestazione

La prestazione "Ecografia/Radiografia a domicilio" è valida esclusivamente in Italia e disponibile in forma diretta solo nei grossi centri urbani, al di fuori di questi si procederà al rimborso della prestazione.

Area pratica**Invio collaboratore domestico**

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

AXA terrà a proprio carico il costo della prestazione.

Invio baby sitter

Qualora l'Assicurato, non sia in grado di occuparsi autonomamente, sulla base di certificazione medica, dei propri figli minori di anni 12 e non vi sia nessun altro familiare in grado di provvedervi, potrà richiedere alla Centrale Operativa di reperire ed inviare presso il domicilio un baby sitter.

AXA terrà a proprio carico il costo della prestazione.

Invio dog sitter

Qualora l'Assicurato, non sia in grado di occuparsi autonomamente, sulla base di certificazione medica, del proprio cane, potrà richiedere alla Centrale Operativa di reperire ed inviare un dog sitter che presterà assistenza all'animale domestico.

AXA terrà a proprio carico il costo della prestazione.

Disbrigo delle quotidianità

Qualora l'Assicurato non sia in grado di occuparsene autonomamente di piccole commissioni urgenti, potrà richiedere alla Centrale Operativa l'invio di personale di servizio per il disbrigo delle stesse (es. rifacimento chiavi, rinnovo documenti, pagamento utenze in scadenza, incombenze amministrative, ecc.).

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

AXA terrà a proprio carico esclusivamente il costo del personale incaricato.

Autista sostitutivo

Qualora l'Assicurato, a giudizio del servizio medico della Centrale Operativa, non sia in grado di condurre il veicolo in condizioni di sicurezza e nessuno degli eventuali passeggeri possa sostituirlo alla guida, la Centrale Operativa fornirà un autista sostitutivo per ricondurre il veicolo al domicilio dell'Assicurato o proseguire il viaggio, entro i confini nazionali, con il percorso più diretto.

AXA terrà a suo carico esclusivamente le spese di spostamento per recarsi sul luogo dove si trova il veicolo e i costi dell'autista.

Invio badante

Qualora l'Assicurato, o uno dei propri genitori che sia sotto la responsabilità e la cura dell'Assicurato stesso, necessiti di badante, potrà richiedere alla Centrale Operativa di reperire ed inviare presso il domicilio una professionista che possa fornire assistenza durante la giornata per lo svolgimento delle normali attività quotidiane: alzarsi dal letto, lavarsi, vestirsi, cucinare, fare la spesa e piccole commissioni.

AXA terrà a proprio carico il costo della prestazione.

Invio spesa a casa

Qualora l'Assicurato non sia in grado di occuparsi autonomamente di provvedere alla spesa, potrà richiedere alla Centrale Operativa di effettuare la consegna al proprio domicilio di generi alimentari o di prima necessità. La Centrale Operativa invierà un suo corrispondente per il ritiro del denaro e della nota necessari all'acquisto, provvedendo poi alla consegna entro le 24 ore successive.

AXA terrà a proprio carico il costo della consegna, mentre il costo dei generi alimentari resta a carico dell'Assicurato.

Assistenza non specialistica H/24 presso l'istituto di cura

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

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

AXA terrà a proprio carico il costo della prestazione.

Dove sono valide le prestazioni

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

Servizio di accompagnamento per visite mediche o cicli di terapia

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

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

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

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

AXA terrà a proprio carico il costo della prestazione.

Dove sono valide le prestazioni

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

f) Consulenze specialistiche**Consulenza nutrizionista**

Qualora, a seguito di diagnosi di patologia o condizione che richieda una modifica della dieta dell'Assicurato, (es. diabete, iper/ipotiroidismo, celiachia, gravidanza, ecc.), chiamando AXA Assistance l'Assicurato può essere

messo in contatto telefonicamente con uno specialista, al massimo **entro le 8 ore** lavorative successive alla richiesta d'intervento.

La prestazione, intesa come primo contatto e follow up, è prevista per un massimo di una volta per Assicurato e anno assicurativo.

Dove è valida la prestazione

La prestazione "Consulenza nutrizionista" è valida esclusivamente in Italia.

g) Second Opinion

Qualora l'Assicurato sia affetto da una patologia e/o necessiti di interventi chirurgici, potrà contattare la Centrale Operativa per ottenere un "parere medico complementare" da parte di uno specialista esperto presso strutture di eccellenza **nazionali o internazionali** e ricevere eventuali indicazioni diagnostiche o terapeutiche suppletive.

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

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

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

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

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

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

h) Trattamento professionale di estetica oncologica

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

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

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

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

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

Dove è valida la prestazione

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

i) Assistenza post ricovero

Telemedicina

Telemonitoraggio Post Intervento – Visual Medicare

Descrizione del Servizio:

A seguito di ricovero ospedaliero per malattia e/o infortunio che abbiano comportato intervento chirurgico, l'Assicurato tramite AXA Assistance potrà richiedere l'attivazione dei servizi di "telemonitoraggio" attraverso la comunicazione audiovisiva ed attraverso l'utilizzo di uno specifico kit per il rilevamento dei seguenti parametri:

- Pressione arteriosa
- Frequenza cardiaca
- Frequenza respiratoria
- ECG
- Regolarità del ritmo cardiaco
- Peso corporeo (ove necessario)
- Spo2
- Glicemia

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

Modalità di attivazione del servizio

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

La Centrale Operativa concorderà con l'Assicurato la data di attivazione del servizio (l'attivazione avverrà entro 2 giorni lavorativi dalla data della richiesta). Alla data concordata, un operatore autorizzato si recherà presso il domicilio dell'Assicurato, installerà il Kit per il Telemonitoraggio, fornirà le istruzioni e le indicazioni per l'utilizzo ed effettuerà, insieme all'Assicurato, il primo collegamento con il centro medico operativo.

Nei 30 giorni successivi alla data di dimissioni, bisettimanalmente, dal lunedì al venerdì ed agli orari precedentemente concordati con il medico della Centrale Operativa, l'Assicurato potrà usufruire del servizio di teleconsulto che gli permetterà, utilizzando gli strumenti di monitoraggio forniti, di inviare i dati rilevati tramite le apparecchiature al Centro Medico che li commenterà direttamente, in videoconferenza o teleconferenza con l'Assicurato. Alla scadenza dei trenta giorni successivi alla data di dimissioni, l'operatore autorizzato si recherà al domicilio dell'Assicurato e ritirerà il kit.

Cartella Medica Personale

L'Assicurato che usufruisce dei servizi di Telemonitoraggio potrà accedere alla propria Cartella Medica Personale, uno spazio protetto sul web che gli permetterà la visualizzazione dei dati medici relativi al ricovero ed inviati al Centro Medico a seguito della dimissione. Tale visualizzazione potrà essere consentita anche al medico dell'Assicurato qualora lo volesse. La cartella verrà disattivata una volta che il kit verrà ritirato dai tecnici autorizzati.

Dove è valida la prestazione

La prestazione “Telemedicina” è valida esclusivamente in Italia.

Promemoria della terapia post ricovero

A seguito di ricovero ospedaliero per malattia o infortunio, l'Assicurato, tramite AXA Assistance, potrà richiedere l'attivazione della prestazione “Promemoria della terapia post ricovero”. In questo caso, l'Assicurato contatterà la Centrale Operativa ed invierà la documentazione medica e la prescrizione della terapia farmacologica, nelle modalità concordate con l'operatore. Di seguito verrà attivato il servizio che consiste nell'invio all'Assicurato del promemoria relativo ai farmaci, con le scadenze previste in base alla diagnosi e alla terapia prescritta.

Il servizio è valido per un massimo di 14 giorni per sinistro e per un massimo di 2 sinistri all'anno.

Dove è valida la prestazione

La prestazione “Promemoria della terapia post ricovero” è valida esclusivamente in Italia.

Tabelle riassuntive limiti di indennizzo, scoperti e/o franchigie

Tabella 4 – Sezione Assistenza

GARANZIA ASSISTENZA			
Garanzia	Sezione	Prestazione	Limite di indennizzo
Prima Assistenza (Art. 41)	Emergenza	Trasporto sanitario	€5.000,00 per persona e per sinistro
		Consegna del farmaco a domicilio	2 consegne all'anno
	Prestazioni valide all'estero	Prolungamento soggiorno dei familiari per ricovero dell'Assicurato	Spese di pernottamento €80,00 per notte e per persona e €1.000,00 per sinistro
Assistenza 360 (Art. 42)	Emergenza	Trasporto sanitario	€5.000,00 per persona e per sinistro
		Consegna del farmaco a domicilio	2 consegne all'anno
	Prestazioni valide all'estero	Trasmissione comunicazioni urgenti	7 comunicazioni per sinistro
		Prolungamento soggiorno dei familiari per ricovero dell'Assicurato	Spese di pernottamento €80,00 per notte e per persona e €1.000,00 per sinistro
	My Doctor	Consulenza: cardiologo, ortopedico, ginecologo, pneumologo, dermatologo, neurologo, allergologo	5 prestazioni per specialista per Assicurato e per anno assicurativo
		Consulenza psicologo	2 prestazioni per Assicurato e per anno assicurativo
	Assistenza domiciliare e c/o struttura a massimale a consumo	Area Professionale e Area Pratica	€ 2.500 per Assicurato e per sinistro, fino a un massimo di 3 sinistri per Assicurato e per anno assicurativo
Consulenza specialistica	Consulenza Nutrizionista	1 volta per Assicurato e per anno assicurativo	

	Second opinion	Second opinion	la prestazione non è ripetibile, pertanto non può essere richiesta per patologie per le quali sia già stata erogata
	Trattamento professionale di estetica oncologica	Trattamento professionale di estetica oncologica	5 trattamenti per anno assicurativo
	Assistenza Post ricovero	Promemoria della terapia post ricovero	un massimo di 14 giorni per sinistro, dalla richiesta di attivazione del servizio, e per un massimo di 2 sinistri per Assicurato e per anno assicurativo.

Cosa non assicuro

Art. 43 | Esclusioni

Le prestazioni di assistenza garantiscono le persone assicurate nei casi di malattia o infortunio, ferme restando la decorrenza della garanzia di cui all'Art. 62 "Pagamento del premio e decorrenza della garanzia" e le esclusioni previste dagli Art. 34 e Art. 43 "Esclusioni". Le disposizioni di tali articoli non trovano applicazione per il servizio di "Second Opinion".

Le prestazioni non sono altresì fornite per i viaggi estremi in zone remote raggiungibili solo con l'utilizzo di mezzi di soccorso speciali. Sono escluse le spese di ricerca dell'Assicurato in mare, lago, montagna o deserto. Sono altresì escluse le prestazioni, o le spese, non autorizzate specificatamente da AXA Assistance.

Per il servizio di 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.

Art. 44 | 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 o altro onere stabilito per legge.

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

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

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. 45 | Responsabilità

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

Come attivare le prestazioni

Art. 46 | Come richiedere i servizi di assistenza

I servizi di assistenza devono essere richiesti tramite:

1. **l'Area Salute** disponibile nella **app My AXA** e nell'**Area Clienti** del sito axa.it e lamiasalute.axa.it
2. Contattando telefonicamente AXA Assistance:

Numero Verde 800.27.13.43 per chiamate dall'Italia

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. 47 | 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 Carlo Pesenti, 121 - 00156 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 ai sensi dell'Informativa sulla Privacy.

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. 48 | 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 di Assicurazione

Norme che regolano l'assicurazione – pacchetti

FORMULA A PACCHETTI

Premessa

La formula a pacchetti del prodotto è strutturata, come riportato nella Tabella 5, in quattro pacchetti incrementali in termini di copertura: Regular, Medium, Large e Premium.

I pacchetti non sono modificabili. L'unica flessibilità è presente per i pacchetti Regular, Medium e Large che permettono di selezionare, in alternativa, le garanzie “Grandi interventi chirurgici” oppure “Gravi malattie”.

Tabella 5 – Tabella riassuntiva pacchetti e garanzie

SEZIONE	GARANZIE	PACCHETTI			
		Regular	Medium	Large	Premium
Malattia	Grandi interventi chirurgici oppure Gravi malattie				
	Ricoveri, interventi e day hospital				
	Trattamenti fisioterapici e riabilitativi				
	Cure odontoiatriche				
	Accertamenti diagnostici e analisi strumentali				
	Pacchetto maternità				
	Check up				
	Visite e analisi di laboratorio				
Assistenza	Lenti e occhiali				
	Prima Assistenza				
	Assistenza 360				

Legenda:



Attiva



Non attiva

GLOSSARIO

Personalizzata
MALATTIA

Personalizzata
INFORTUNI

Personalizzata
ASSISTENZA

PACCHETTI

Condizioni di
Assicurazione
NORME COMUNI

ALLEGATI
Grandi Interventi e
Gravi Malattie

Condizioni di
Assicurazione
ARTICOLI DI LEGGE

INFORMATIVA
SULLA PRIVACY

Condizioni di Assicurazione

Norme che regolano l'assicurazione – pacchetti

Art. 49 | Applicabilità della formula A pacchetti

Ad integrazione di quanto indicato negli articoli dedicati alle singole garanzie, valgono i massimali, scoperti e franchigie riportati nelle tabelle che seguono (Tabella 6, Tabella 7, Tabella 8, Tabella 9).
I massimali indicati in ciascuna tabella sono da intendersi per nucleo e anno assicurativo.

Il pacchetto selezionato per una categoria di Assicurati si applica alla totalità degli appartenenti ad essa e viene riportato nel contratto di assicurazione.

Per la formula a pacchetti non vi è distinzione di trattamento (condizioni di scoperti e franchigie) per prestazioni effettuate in forma diretta o indiretta/rimborso. Fa eccezione la garanzia "Ricoveri, interventi e day hospital" presente nel pacchetto Premium (Tabella 9).

Table riassuntive massimali, scoperti e/o franchigie dei pacchetti

Tabella 6 – Pacchetto Regular

SEZIONE	GARANZIE	PACCHETTO REGULAR		
		Articolo	Massimale	Scoperti/Franchigie
Malattia	Grandi interventi chirurgici <i>oppure</i> Gravi malattie	Art.2 Art.3	€ 100.000	Non si applicano scoperti e/o franchigie
	Trattamenti fisioterapici e riabilitativi	Art.6	€ 1.500	Scoperto del 20% con franchigia minima di 150€ per ciclo di trattamenti
	Cure odontoiatriche	Art.7	€ 300	Scoperto del 20% con franchigia minima di 50€ per fattura
Assistenza	Prima Assistenza	Art.41	-	-

Tabella 7 – Pacchetto Medium

SEZIONE	GARANZIE	PACCHETTO MEDIUM		
		Articolo	Massimale	Scoperti/Franchigie
Malattia	Grandi interventi chirurgici <i>oppure</i> Gravi malattie	Art.2 Art.3	€ 100.000	Non si applicano scoperti e/o franchigie
	Trattamenti fisioterapici e riabilitativi	Art.6	€ 2.500	Scoperto del 20% con franchigia minima di 150€ per ciclo di trattamenti
	Cure odontoiatriche	Art.7	€ 600	Scoperto del 20% con franchigia minima di 100€ per fattura
	Accertamenti diagnostici e analisi strumentali	Art.4	€ 3.000	Scoperto del 20% con franchigia minima di 50€ per fattura
	Pacchetto maternità	Art.10	€ 1.000	Scoperto del 10% con franchigia minima di 50€ per fattura
	Check up	Art.11	(<i>Checkup Opzione 1</i>)	-
Assistenza	Assistenza 360	Art. 42	-	-

Condizioni di Assicurazione

Norme che regolano l'assicurazione – pacchetti

Tabella 8 – Pacchetto Large

SEZIONE	GARANZIE	PACCHETTO LARGE		
		Articolo	Massimale	Scoperti/Franchigie
Malattia	Grandi interventi chirurgici oppure Gravi malattie	Art.2 Art.3	€ 200.000	Non si applicano scoperti e/o franchigie
	Trattamenti fisioterapici e riabilitativi	Art.6	€ 3.500	Scoperto del 20% con franchigia minima di 100€ per ciclo di trattamenti
	Cure odontoiatriche	Art.7	€ 1.000	Scoperto del 20% con franchigia minima di 150€ per fattura
	Accertamenti diagnostici e analisi strumentali	Art.4	€ 4.000	Scoperto del 20% con franchigia minima di 50€ per fattura
	Pacchetto maternità	Art.10	€ 1.000	Scoperto del 10% con franchigia minima di 50€ per fattura
	Check up	Art.11	(Checkup Opzione 1)	-
	Visite e analisi di laboratorio	Art.5	€ 2.000	Scoperto del 20% con franchigia minima di 50€ per fattura
Assistenza	Assistenza 360	Art. 42	-	-

Tabella 9 – Pacchetto Premium

SEZIONE	GARANZIE	PACCHETTO PREMIUM		
		Articolo	Massimale	Scoperti/Franchigie
	Ricoveri, interventi e day hospital	Art.1	€ 200.000	Forma diretta: non si applicano scoperti e/o franchigie Forma indiretta: scoperto del 20% con minimo di 2.500€ e massimo di 10.000€
	Trattamenti fisioterapici e riabilitativi	Art.6	€ 4.500	Scoperto del 20% con franchigia minima di 100€ per ciclo di trattamenti
	Cure odontoiatriche	Art.7	€ 1.000	Scoperto del 20% con franchigia minima di 150€ per fattura
	Accertamenti diagnostici e analisi strumentali	Art.4	€ 5.000	Scoperto del 20% con franchigia minima di 50€ per fattura
	Pacchetto maternità	Art.10	€ 1.000	Scoperto del 10% con franchigia minima di 50€ per fattura
	Check up	Art.11	(Checkup Opzione 1)	-

Condizioni di Assicurazione

Norme che regolano l'assicurazione – pacchetti

	Visite e analisi di laboratorio	Art.5	€ 3.000	Scoperto del 20% con franchigia minima di 50€ per fattura
	Lenti e occhiali	Art.9	€ 300	Franchigia minima di 50€ per fattura
Assistenza	Assistenza 360	Art. 42	-	-

Art. 50 | Pacchetto integrativo al Fondo Est

L'attivazione di questa formula integrativa è esclusiva per gli associati al Fondo Est.

Qualora sia attivato il pacchetto integrativo al Fondo Est, la copertura si intende prestata ad integrazione del fondo omonimo. Il pacchetto prevede (per dettagli consultare la Tabella 10):

- l'integrazione di scoperti, franchigie o eccedenze rimaste a carico dell'Assicurato;
- l'eventuale estensione dei massimali previsti dal piano sanitario del fondo in caso di loro esaurimento.

L'Assicurato ha l'obbligo di richiedere preventivamente al Fondo il rimborso delle spese sanitarie sostenute.

Restano ferme le condizioni di liquidazione e le esclusioni previste dalle presenti condizioni di assicurazione.

Il pacchetto integrativo al Fondo Est è accessibile esclusivamente al dipendente/collaboratore e non al nucleo familiare.

Tabella 10 – Pacchetto Integrativo Fondo Est

SEZIONE	PRESTAZIONI PIANO SANITARIO FONDO EST	GARANZIE AXA	PACCHETTO INTEGRATIVO FONDO EST	
			Massimale	Modalità integrativa
Malattia	Ricoveri per interventi chirurgici o grave evento morboso	Ricoveri, interventi e day hospital (art. 1)	€ 100.000	Rimborso del 100% delle somme a carico dell'Assicurato. <u>Indennità sostitutiva:</u> integrazione di 20€ al giorno per i primi 30 gg di ricovero
	Odontoiatria	Cure odontoiatriche (art. 7)	€ 300	Rimborso del 100% delle somme a carico dell'Assicurato.
	Diagnostica	Accertamenti diagnostici e analisi strumentali (art. 4)	€ 6.000	Rimborso del 100% delle somme a carico dell'Assicurato.
	Visite specialistiche	Visite e analisi di laboratorio (art. 5)	€ 700	Rimborso del 100% delle somme a carico dell'Assicurato.
	Lenti e occhiali	Lenti e occhiali (art. 9)	€ 150	Rimborso del 100% delle somme a carico dell'Assicurato.

Art. 51 | Estensione territoriale

L'assicurazione vale per il mondo intero ad eccezione di quanto definito agli articoli 41 e 42 della sezione assistenza.

Art. 52 | Rischio guerra

L'assicurazione è estesa anche agli infortuni indennizzabili a termini di polizza derivanti da stato di guerra (dichiarata o non) o da insurrezione popolare, purché l'Assicurato non vi prenda parte attiva. Sono comunque esclusi gli infortuni derivanti da guerra ed insurrezione popolare che colpissero l'Assicurato nel territorio della Repubblica Italiana, della Città del Vaticano e della Repubblica di San Marino.

Art. 53 | Diritto di surrogazione

AXA si riserva il diritto di surrogazione che le compete ai sensi dell'art. 1916 C.C. verso i terzi responsabili dell'infortunio o della malattia.

Art. 54 | Modifiche dell'assicurazione

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

Art. 55 | Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

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

Art. 56 | Aggravamento del rischio (solo per la Sezione Infortuni)

Il Contraente o l'Assicurato deve dare comunicazione scritta ad AXA di ogni aggravamento del rischio.

Gli aggravamenti di rischio non noti o non accettati da AXA possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione ai sensi dell'art. 1898 c.c.

Art. 57 | Diminuzione del rischio (solo per la Sezione Infortuni)

Nel caso di diminuzione del rischio AXA è tenuta a ridurre il premio o le rate di premio successive alla comunicazione del Contraente o dell'Assicurato, ai sensi dell'art. 1897 c.c. e rinuncia al relativo diritto di recesso.

Art. 58 | Altre assicurazioni

Il Contraente o l'Assicurato deve comunicare per iscritto ad AXA l'esistenza e la successiva stipulazione di altre assicurazioni per lo stesso rischio; in caso di sinistro, il Contraente o l'Assicurato deve darne avviso a tutti gli assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri. In presenza di più Assicurazioni troverà applicazione il di-sposto di cui all'Art. 1910 c.c.

Quanto suddetto vale anche nel caso in cui lo stesso rischio è coperto da contratti stipulati dall'Assicurato con Enti, Casse, Fondi Integrativi sanitari.

Tuttavia, il Contraente è esonerato dall'obbligo di denunciare eventuali assicurazioni infortuni stipulate da altri a favore degli stessi Assicurati abbinata a biglietti di viaggio, conti correnti, carte di credito.

Condizioni di Assicurazione

Norme che regolano l'assicurazione in generale

Fermo quanto sopra indicato, qualora le somme assicurate con altre polizze superino complessivamente il 50% di quelle garantite con la presente assicurazione, AXA entro 60 giorni dalla comunicazione, ha facoltà di recedere dall'assicurazione con preavviso di almeno 60 giorni.

Art. 59 | Persone non assicurabili

Non sono assicurabili le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza, sindrome da immunodeficienza acquisita (A.I.D.S.), sieropositività da H.I.V., nonché dalle seguenti infermità mentali: schizofrenia, forme maniaco depressive o stati paranoici, sindromi bipolari e Alzheimer.

Qualora una o più delle malattie o delle affezioni sopra elencate insorgano nel corso del contratto si applicheranno le disposizioni dell'art. 1898 del Codice Civile, indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute dell'Assicurato.

Art. 60 | Limiti di età

Le Parti possono recedere con preavviso di **30 giorni** ad ogni scadenza annuale successiva al compimento del:

- **70°** anno di età dell'Assicurato relativamente alle garanzie della sezione malattia (indipendentemente dalla formula utilizzata)
- **80°** anno di età dell'Assicurato relativamente alle garanzie della sezione infortuni (indipendentemente dalla formula utilizzata)

In caso di recesso esercitato da AXA, la Società si impegna, esclusivamente per le garanzie ancora assicurabili, alla prosecuzione del contratto, per la durata residua ed alle condizioni in vigore al momento della disdetta.

Art. 61 | Recesso in caso di sinistro (solo per la Sezione Infortuni)

Dopo ogni sinistro denunciato a termini di polizza e fino al 60° giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo, le Parti, mediante lettera raccomandata, possono recedere dall'assicurazione con preavviso di 30 giorni.

In caso di recesso esercitato da AXA, quest'ultima, entro 15 giorni dalla data di efficacia del recesso, rimborsa la parte di premio, al netto dell'imposta, relativa al periodo di rischio non corso.

Qualora siano operative garanzie appartenenti alla sezione malattia, le Parti potranno avvalersi della facoltà di recesso esclusivamente per i sinistri relativi alle garanzie della sezione infortuni. In tal caso, AXA si impegna, mediante la stipula di una nuova polizza, alla prosecuzione del contratto, esclusivamente per le garanzie malattia, per la durata residua ed alle condizioni in vigore al momento del recesso.

Art. 62 | Pagamento del premio e decorrenza della garanzia

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.

Il Contraente si obbliga a consegnare agli Assicurati, prima dell'adesione alla copertura assicurativa, le Condizioni di Assicurazione.

Il Contraente si impegna a fornire alla Società nome cognome, data di nascita, sesso e codice fiscale degli assicurati al momento dell'entrata in copertura.

Il Contraente si impegna a comunicare agli Assicurati eventuali trasferimenti di agenzia e operazioni societarie straordinarie.

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

Trascorso il termine di 30 giorni di cui sopra la Società ha il diritto di dichiarare, con lettera raccomandata A/R, la risoluzione del contratto, fermo il diritto ai premi scaduti nonché di richiederne l'esecuzione.

Nel caso in cui le garanzie Morte e Invalidità Permanente da Infortunio siano stipulate nella **forma di multipli**

della RAL (Retribuzione Annuale Lorda), il premio viene anticipato dal Contraente in via provvisoria in base al preventivo annuo delle retribuzioni specificate in polizza ed è regolato alla fine di ciascun periodo assicurativo sulla base delle variazioni intervenute sulle RAL nello stesso periodo.

Qualora la regolazione a saldo dovesse comportare la determinazione del premio in misura inferiore a quello corrisposto in via provvisoria, quest'ultimo si intende comunque acquisito a titolo di premio minimo di polizza, escluso pertanto ogni conguaglio negativo.

Per la determinazione ed il versamento della quota di premio a saldo, l'aveente titolo si obbliga:

- a comunicare ad AXA, in forma scritta entro 60 giorni dalla fine di ogni periodo assicurativo, i dati necessari per la determinazione del premio definitivo. Decorso tale termine, in assenza di comunicazione, la garanzia si intende sospesa sino alle ore 24 del giorno di avvenuta comunicazione;
- al versamento della somma dovuta a saldo, nei 30 giorni successivi alla comunicazione di AXA del premio dovuto. Decorso tale termine, in assenza di pagamento di quanto dovuto, la garanzia si intende sospesa sino alle ore 24 del giorno di avvenuto pagamento del premio a saldo.

Nel caso di mancato adempimento da parte del Contraente dei propri obblighi di comunicazione o di pagamento, il premio anticipato in via provvisoria per le rate successive viene considerato in conto o a garanzia di quello relativo al periodo assicurativo per il quale non ha avuto luogo la regolazione.

AXA si riserva il diritto di agire giudizialmente o di dichiarare, con lettera raccomandata, la risoluzione del contratto con effetto retroattivo tra le Parti. Ove il contratto sia cessato, per qualsiasi motivo, e non sia intervenuto il versamento dovuto al saldo del premio, AXA non è tenuta ad indennizzare i sinistri verificatisi durante il periodo assicurativo cui si riferisce il premio non saldato.

AXA ha diritto ad effettuare in qualsiasi momento verifiche e controlli per i quali il Contraente sarà tenuto a fornire i chiarimenti e le documentazioni necessarie nonché ad esibire i libri paga.

Il Contraente si obbliga a fornire, a semplice richiesta scritta, i chiarimenti, le informazioni e la documentazione necessaria.

Il premio è interamente dovuto per l'annualità in corso, anche se ne sia stato concesso il frazionamento semestrale.

Art. 63 | Indicizzazione e adeguamento automatico del premio

Il premio delle garanzie malattia è assoggettato ad "adeguamento automatico" del 2% oppure, se superiore, all'indice pubblicato dall'ISTAT, secondo le modalità di seguito riportate:

- si stabilisce di adottare il valore medio relativo all'indice dei prezzi al consumo per l'intera collettività (NIC)- di cui servizi sanitari e spese per la salute attuale raggruppamento 6 - esclusivamente per le voci seguenti: 0621: servizi medici - 062311: accertamenti di laboratorio - 062312: accertamenti specialistici - 063: servizi ospedalieri;
- 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;
- in occasione di ciascuna scadenza anniversaria, se si sarà verificata una variazione positiva dell'indice iniziale o di quello dell'ultimo adeguamento (indice base), verrà applicata in ragione del rapporto tra indice di scadenza e indice base. Variazioni negative dell'indice non saranno invece applicate;
- le variazioni decorreranno dalla scadenza della rata annua, dietro il rilascio al Contraente di apposita quietanza aggiornata in base al nuovo indice di riferimento (indice di scadenza).

In caso di eventuale ritardo o interruzione nella pubblicazione dell'indice o di modifica dei raggruppamenti sottostanti all'indice dei prezzi al consumo per l'intera collettività (NIC), AXA potrà utilizzare altri indicatori equivalenti.

Art. 64 | Proroga e periodo di assicurazione

In mancanza di disdetta data da una delle Parti, mediante lettera raccomandata spedita almeno 60 giorni prima della scadenza, l'assicurazione è prorogata per un anno e così successivamente.

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

Condizioni di Assicurazione

Norme che regolano l'assicurazione in generale

Per i casi nei quali la legge o la polizza si riferiscono al periodo di assicurazione, questo si intende stabilito nella durata di un anno, salvo che l'assicurazione sia stata stipulata per una minore durata, in quest'ultimo caso esso coincide con la durata della polizza.

Art. 65 | Persone assicurabili

Per aziende fino a 10 dipendenti/nuclei familiari è prevista la compilazione del Questionario sanitario.

La compilazione del questionario sanitario è altresì prevista:

- nel caso in cui la polizza venga sottoscritta dall'azienda nella forma ad **"adesione"** indipendentemente dal numero dei dipendenti/nuclei familiari assicurati;
- per gli Amministratori con età superiore o uguale a 65 anni.

Il nominativo di ogni Assicurato (dipendente e familiari) sarà comunque individuato da un apposito elenco agli atti presso la Società ed integrato dalle comunicazioni "inclusioni-esclusioni".

Inclusioni delle persone assicurate

Le inclusioni di Assicurati che si verificano nel corso dell'annualità assicurativa per **matrimonio, costituzione di rapporto more uxorio, nascita, nuova assunzione oppure nomina** dovranno essere comunicate ad AXA entro 31 giorni dalla data d'evento e la copertura decorrerà dalla data dell'evento stesso.

Nel caso di comunicazione effettuata oltre il 31° giorno dalla data dell'evento, la decorrenza avrà effetto dalle ore 24 del giorno della comunicazione.

Resta comunque inteso che se l'inclusione avviene nel:

- primo semestre dell'anno, verrà corrisposto il 100% del premio annuo;
- secondo semestre dell'anno, verrà corrisposto il 60% del premio annuo.

Promozioni

Nel caso di promozione, nel corso dell'annualità assicurativa, di un dipendente da una categoria ad un'altra, contraddistinte da piani di copertura con differenti ammontare di premio, ma sempre assicurati con la presente Convenzione, si procede come segue. Se la promozione avviene nel:

- primo semestre dell'anno, il passaggio alla nuova copertura prevede il versamento del 100% della differenza fra il nuovo premio ed il premio già corrisposto per l'iscritto all'inizio dell'anno;
- secondo semestre dell'anno, il versamento dovuto è pari al 60% della differenza tra i due premi.

In entrambi i suddetti casi i massimali applicabili al periodo successivo all'inserimento nel nuovo piano assicurativo sono determinati calcolando la differenza tra quelli previsti per la nuova copertura e quanto già consumato dall'Assicurato nella copertura precedente.

Cessazione della copertura

Per le cessazioni in corso d'anno la Società non rimborserà il premio pagato e non goduto. Sarà facoltà del Contraente se far cessare la copertura assicurativa per l'ex dipendente a decorrere dalla data di interruzione del rapporto di lavoro o lasciarla in vigore fino alla naturale scadenza. Il Contraente dovrà comunicare alla Società la data dalla quale la copertura assicurativa non dovrà più essere valida entro 31 giorni dalla data di cessazione del rapporto di lavoro.

Regolazione del premio

Il Contraente si impegna a comunicare alla Società entro 31 giorni dalla avvenuta variazione tutte le modifiche relative a nuovi nominativi e/o cessazioni.

Alla scadenza dell'annualità assicurativa, le eventuali differenze attive risultanti dalla regolazione devono essere pagate dal Contraente entro 30 giorni dalla relativa comunicazione.

Art. 66 | Identificazione degli assicurati

L'Azienda fornirà alla data di decorrenza della polizza, attraverso un supporto informatico concordato, l'elenco nominativo del proprio personale dipendente e dei familiari dei relativi nuclei se la copertura assicurativa è estesa anche ai nuclei.

Art. 67 | 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 sede legale nel corso di durata del contratto, presso altro Paese membro della stessa Unione Europea, è tenuto a comunicare per iscritto l'avvenuto trasferimento, non oltre i 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. 68 | Assicurazione per conto altrui – Titolarità dei diritti e obblighi nascenti dalla polizza

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

Art. 69 | Foro competente

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

Art. 70 | Rinvio alle norme di legge

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

Art. 71 | Forma delle comunicazioni

Tutte le comunicazioni previste dal contratto devono essere fatte per iscritto alla Società o all'Agente al quale è assegnata la polizza; nel secondo caso, le comunicazioni ricevute dall'Agente si intenderanno fatte alla Società. Sono ammesse anche tecniche di comunicazione a distanza.

Art. 72 | Paesi soggetti a sanzioni internazionali - Clausola di esclusione per sanzioni economiche e finanziarie

In nessun caso gli assicuratori/i riassicuratori saranno tenuti a fornire alcuna copertura assicurativa, soddisfare richieste di indennizzo o risarcimento o garantire alcuna indennità in virtù del presente contratto, qualora tale copertura, pagamento o indennità possano esporli a divieti, sanzioni economiche o restrizioni disposte ai sensi di Risoluzioni assunte dall'Organizzazione delle Nazioni Unite ("ONU"), oppure a sanzioni economiche o commerciali disposte da leggi o norme dell'Unione Europea, del Regno Unito o degli Stati Uniti d'America.

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 elettrocateri 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.

Fegato e vie biliari

- Resezione epatica, emi-epatectomia;
- Interventi per la ricostruzione delle vie biliari;
- Derivazioni biliodigestive;
- Interventi sulla papilla di Water;
- 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.

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 similari;
- 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;
- Emipelvectomia;
- 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)

ALLEGATO 2 – Elenco patologie 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 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.

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.

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 osseo, pancreas, polmoni, rene.

Articoli di legge

60 c.c. **Altri casi di dichiarazione di morte presunta**

Oltre che nel caso indicato nell'articolo 58, può essere dichiarata la morte presunta nei casi seguenti: 1) quando alcuno è scomparso in operazioni belliche alle quali ha preso parte, sia nei corpi armati, sia al seguito di essi, o alle quali si è comunque trovato presente, senza che si abbiano più notizie di lui, e sono trascorsi due anni dall'entrata in vigore del trattato di pace o, in mancanza di questo, tre anni dalla fine dell'anno in cui sono cessate le ostilità; 2) quando alcuno è stato fatto prigioniero dal nemico, o da questo internato o comunque trasportato in paese straniero, e sono trascorsi due anni dall'entrata in vigore del trattato di pace o, in mancanza di questo, tre anni dalla fine dell'anno in cui sono cessate le ostilità, senza che si siano avute notizie di lui dopo l'entrata in vigore del trattato di pace ovvero dopo la cessazione delle ostilità; 3) quando alcuno è scomparso per un infortunio (1) e non si hanno più notizie di lui, dopo due anni dal giorno dell'infortunio o, se il giorno non è conosciuto, dopo due anni dalla fine del mese, o se neppure il mese è conosciuto, dalla fine dell'anno in cui l'infortunio è avvenuto [61 ss.].

62 c.c. **Condizioni e forme della dichiarazione di morte presunta:**

La dichiarazione di morte presunta nei casi indicati dall'articolo 60 può essere domandata quando non si è potuto procedere agli accertamenti richiesti dalla legge per la compilazione dell'atto di morte. Questa dichiarazione è pronunziata con sentenza del tribunale su istanza del pubblico ministero o di alcuna delle persone indicate nei capoversi dell'articolo 50. Il tribunale, qualora non ritenga di accogliere l'istanza di dichiarazione di morte presunta, può dichiarare l'assenza dello scomparso.

1469 bis c.c. **Contratti del consumatore**

Le disposizioni del presente titolo si applicano ai contratti del consumatore, ove non derogate dal codice del consumo o da altre disposizioni più favorevoli per il consumatore.

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.

1898 c.c. **Aggravamento del rischio**

Il contraente ha l'obbligo di dare immediato avviso all'assicuratore dei mutamenti che aggravano il rischio in modo tale che, se il nuovo stato di cose fosse esistito e fosse stato conosciuto dall'assicuratore al momento della conclusione del contratto, l'assicuratore non avrebbe consentito l'assicurazione o l'avrebbe consentita per un premio più elevato. L'assicuratore può recedere dal contratto, dandone comunicazione per iscritto all'assicurato entro un mese dal giorno in cui ha ricevuto l'avviso o ha avuto in altro modo conoscenza dell'aggravamento del rischio. Il recesso dell'assicuratore ha effetto immediato se l'aggravamento è tale che l'assicuratore non avrebbe consentito l'assicurazione; ha effetto dopo quindici giorni, se l'aggravamento del rischio è tale che per l'assicurazione sarebbe

- stato richiesto un premio maggiore. Spettano all'assicuratore i premi relativi al periodo di assicurazione in corso al momento in cui è comunicata la dichiarazione di recesso.
- Se il sinistro si verifica prima che siano trascorsi i termini per la comunicazione e per l'efficacia del recesso, l'assicuratore non risponde qualora l'aggravamento del rischio sia tale che egli non avrebbe consentito la assicurazione se il nuovo stato di cose fosse esistito al momento del contratto; altrimenti, la somma dovuta è ridotta, tenuto conto del rapporto tra il premio stabilito nel contratto e quello che sarebbe stato fissato se il maggiore rischio fosse esistito al tempo del contratto stesso.
- 1901 c.c. Mancato pagamento del premio**
Se il contraente non paga il premio o la prima rata di premio stabilita dal contratto, l'assicurazione resta sospesa fino alle ore ventiquattro del giorno in cui il contraente paga quanto è da lui dovuto.
Se alle scadenze convenute il contraente non paga i premi successivi, l'assicurazione resta sospesa dalle ore ventiquattro del quindicesimo giorno dopo quello della scadenza.
Nelle ipotesi previste dai due commi precedenti il contratto è risolto di diritto se l'assicuratore, nel termine di sei mesi dal giorno in cui il premio o la rata sono scaduti, non agisce per la riscossione; l'assicuratore ha diritto soltanto al pagamento del premio relativo al periodo di assicurazione in corso e al rimborso delle spese. (...)
- 1910 c.c. Assicurazione presso diversi assicuratori**
Se per il medesimo rischio sono contratte separatamente più assicurazioni presso diversi assicuratori, l'assicurato deve dare avviso di tutte le assicurazioni a ciascun assicuratore.
Se l'assicurato omette dolosamente di dare l'avviso, gli assicuratori non sono tenuti a pagare l'indennità.
Nel caso di sinistro, l'assicurato deve darne avviso a tutti gli assicuratori a norma dell'articolo 1913, indicando a ciascuno il nome degli altri. L'assicurato può chiedere a ciascun assicuratore l'indennità dovuta secondo il rispettivo contratto, purché le somme complessivamente riscosse non superino l'ammontare del danno.
L'assicuratore che ha pagato ha diritto di regresso contro gli altri per la ripartizione proporzionale in ragione delle indennità dovute secondo i rispettivi contratti. Se un assicuratore è insolvente, la sua quota viene ripartita fra gli altri assicuratori.
- 1913 c.c. Avviso all'assicuratore in caso di sinistro**
L'assicurato deve dare avviso del sinistro all'assicuratore o all'agente autorizzato a concludere il contratto, entro tre giorni da quello in cui il sinistro si è verificato o l'assicurato ne ha avuta conoscenza. Non è necessario l'avviso, se l'assicuratore o l'agente autorizzato alla conclusione del contratto interviene entro il detto termine alle operazioni di salvataggio o di constatazione del sinistro. (...)
- 1915 c.c. Inadempimento dell'obbligo di avviso o di salvataggio**
L'assicurato che dolosamente non adempie l'obbligo dell'avviso o del salvataggio perde il diritto all'indennità. Se l'assicurato omette colposamente di adempiere tale obbligo, l'assicuratore ha diritto di ridurre l'indennità in ragione del pregiudizio sofferto.
- 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.
- 2497bis c.c. Pubblicità**
La società deve indicare la società o l'ente alla cui attività di direzione e coordinamento è soggetta negli atti e nella corrispondenza, nonché mediante iscrizione, a cura degli amministratori, presso la sezione del registro delle imprese di cui al comma successivo. È istituita presso il registro delle imprese apposita sezione nella quale sono indicate le società o gli enti che esercitano attività di direzione e coordinamento e quelle che vi sono soggette. Gli amministratori che omettono l'indicazione di cui al comma primo ovvero l'iscrizione di cui al comma secondo, o le mantengono quando la soggezione è cessata, sono responsabili dei danni che la mancata conoscenza di tali fatti abbia recato ai soci o ai terzi.
La società deve esporre, in apposita sezione della nota integrativa, un prospetto riepilogativo dei dati essenziali dell'ultimo bilancio della società o dell'ente che esercita su di essa l'attività di direzione e coordinamento. Parimenti, gli amministratori devono indicare nella relazione sulla gestione i rapporti intercorsi con chi esercita l'attività di direzione e coordinamento e con le altre società che vi sono soggette, nonché l'effetto che tale attività ha avuto sull'esercizio dell'impresa sociale e sui suoi risultati.
- 2952 c.c. Prescrizione in materia di assicurazione**
Il diritto al pagamento delle rate di premio si prescrive in un anno dalle singole scadenze. Gli altri diritti derivanti dal contratto di assicurazione e dal contratto di riassicurazione si prescrivono in due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda.
Nell'assicurazione della responsabilità civile, il termine decorre dal giorno in cui il terzo ha richiesto il risarcimento all'assicurato o ha promosso contro di questo l'azione. La comunicazione all'assicuratore della richiesta del terzo danneggiato o dell'azione da questo proposta sospende il corso della prescrizione finché il credito del danneggiato non sia divenuto liquido ed esigibile oppure il diritto del terzo danneggiato non sia prescritto. La disposizione del comma precedente si applica all'azione del riassicurato verso il riassicuratore per il pagamento dell'indennità.

INFORMATIVA GENERALE SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Ultimo aggiornamento: maggio 2023

AXA tratta con cura i suoi **dati personali**, cioè le informazioni a lei riferite (quali ad esempio i dati identificativi e di contatto, i dati di salute) che utilizza per lo svolgimento delle proprie attività e che possono essere forniti da lei o da terzi, ovvero essere acquisiti consultando banche dati, elenchi e registri legittimamente accessibili. A conferma di questo impegno e per dare esecuzione alle norme che tutelano il trattamento dei dati personali, forniamo qui di seguito le informazioni essenziali che permettono di esercitare in modo agevole e consapevole i diritti previsti dalla vigente normativa.

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



Chi decide perché e come trattare i dati?

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

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

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



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

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

Per l'**esercizio dei suoi diritti**, lei può rivolgersi ad AXA Assicurazioni S.p.A. - Corso Como 17 - c.a. Data Protection Officer - 20154 Milano (MI) - e-mail: privacy@axa.it.

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

::



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

a) Finalità assicurativa¹

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

Per svolgere adeguatamente l'attività assicurativa (assunzione e gestione dei rischi effettuati dall'impresa di assicurazione) e gestire il rapporto assicurativo, AXA ha la necessità di trattare i dati personali a lei riferiti (dati già acquisiti, forniti direttamente da lei o da altri soggetti²), anche mediante la consultazione di banche dati legittimamente accessibili (es. sistemi di informazioni creditizie, utili per verificare il possesso di requisiti specifici richiesti dalle compagnie per l'accesso ad agevolazioni e vantaggi, quali la rateizzazione del premio) e dispositivi tecnologici³ e/o dati ancora da acquisire, alcuni dei quali ci debbono essere forniti da lei o da terzi per obbligo di legge⁴).

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

- quotazione, preventivi, predisposizione, stipulazione di polizze assicurative ed esecuzione degli obblighi dalle stesse derivanti; raccolta dei premi; liquidazione dei sinistri; pagamento o esecuzione di altre prestazioni; riassicurazione e coassicurazione, attività amministrativo-contabili;
- prevenzione e individuazione delle frodi assicurative e relative azioni legali; esercizio o difesa di diritti dell'assicurazione;
- adempimento di altri specifici obblighi di legge (es. in materia di contrasto al riciclaggio e al finanziamento del terrorismo, sanzioni ed embarghi internazionali). Limitatamente a quanto previsto dalla normativa, saranno trattati anche i **dati giudiziari**;
- analisi di nuovi mercati assicurativi o prodotti o servizi;
- gestione e controllo interno;
- valutazione inerente eventuali finanziamenti per il pagamento del premio;
- utilizzo dei dati anche in forma pseudonimizzata o anonimizzata per attività di analisi e statistiche di mercato;
- servizi di monitoraggio dei parametri delle condizioni generali del cliente rispetto al suo benessere fisico, ad eventi inerenti all'abitazione o comunque inerenti alla gestione di servizi assicurativi;
- valutazione delle condizioni che permettono di definire la prosecuzione di un rapporto assicurativo in essere ed il rinnovo di una polizza in scadenza.

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

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

Viceversa, il suo consenso esplicito è richiesto per il trattamento delle **categorie particolari di dati**⁶, quali i dati relativi alla salute (di seguito indicati anche come "**dati sensibili**"). Il consenso che le chiediamo riguarda quindi il trattamento degli eventuali dati sensibili il cui utilizzo sarà inerente esclusivamente alla fornitura dei servizi, e/o prodotti assicurativi e attività strettamente connesse (antifrode, contabili, amministrative) e/o delle prestazioni citate il cui trattamento è ammesso dalla normativa vigente in materia di protezione dei dati personali. Inoltre, esclusivamente per le finalità sopra indicate e sempre limitatamente a quanto di stretta competenza in relazione allo specifico rapporto intercorrente tra lei e AXA, secondo i casi, i dati sensibili sono

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

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

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

⁵ I dati sono comunicati a taluni dei seguenti soggetti: società del Gruppo a cui appartiene AXA (controllanti, controllate e collegate, anche indirettamente, ai sensi delle vigenti disposizioni di legge); assicuratori, coassicuratori; agenti, subagenti, mediatori di assicurazione e di riassicurazione, produttori ed altri canali di acquisizione e gestione di contratti di assicurazione; banche, Società di Gestione del Risparmio, SIM.

⁶ Ai sensi del comma 1 dell'art. 9 del GDPR, si tratta di dati personali che rivelino l'origine razziale o etnica, le opinioni politiche, le convinzioni religiose o filosofiche, o l'appartenenza sindacale, nonché trattare dati genetici, dati biometrici intesi a identificare in modo univoco una persona fisica, dati relativi alla salute o alla vita sessuale o all'orientamento sessuale della persona.

comunicati ad altri soggetti del settore assicurativo o di natura pubblica che operano - in Italia o all'estero - come autonomi titolari, soggetti tutti così costituenti la c.d. "catena assicurativa", in parte anche in funzione meramente organizzativa.

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

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

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

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

Basi giuridiche del trattamento dei dati personali per finalità assicurative

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

⁷ La cd. catena assicurativa è il complesso tessuto di rapporti contrattuali tra le imprese di assicurazioni e numerosi soggetti (persone fisiche e giuridiche, operanti in Italia e all'estero) con i quali cooperano nel gestire un medesimo rischio assicurativo (es. società del Gruppo (controllanti, controllate e collegate, anche indirettamente); altri assicuratori, coassicuratori; agenti, subagenti, mediatori di assicurazione e di riassicurazione, produttori ed altri canali di acquisizione e gestione di contratti di assicurazione; banche, Società di Gestione del Risparmio, SIM, legali; periti; medici; autofficine, enti pubblici o associazioni di categoria - Per maggiori dettagli vedi la sezione Modalità di uso dei dati). Tale pluralità di rapporti è peculiare dell'attività assicurativa e necessario per la gestione dei servizi assicurativi che si articola fisiologicamente in una pluralità di "fasi" (dalla c.d. fase assuntiva a quella liquidativa) che possono interessare i soggetti appartenenti alla catena assicurativa, i quali devono necessariamente trattare i dati personali di diversi interessati (contraente, assicurato, beneficiario e, a certe condizioni, terzo danneggiato), taluni dei quali possono non entrare direttamente in contatto con l'assicurazione in sede di conclusione del contratto

esercitati?) o visitare la sezione del sito <https://www.axa.it/privacy> dedicata al legittimo interesse.

b) Finalità commerciali e di marketing

Per migliorare i nostri servizi ed i nostri prodotti e per informarla sulle novità e le opportunità di suo interesse, le chiediamo di consentirci l'utilizzo dei suoi **dati personali non sensibili**.

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

Se lei fornirà liberamente gli specifici consensi richiesti per queste finalità, saremo in grado di proporle le attività qui di seguito elencate:

- comprendere quali sono i suoi bisogni ed esigenze e le sue opinioni sui nostri prodotti e servizi;
- effettuare analisi sulla qualità dei nostri servizi;
- attivare iniziative dedicate alla raccolta di informazioni allo scopo di migliorare la nostra offerta per lei;
- realizzare ricerche di mercato;
- effettuare indagini statistiche;
- proporle prodotti e servizi che possano essere di suo interesse;
- inviarle comunicazioni promozionali e farla partecipare ad iniziative di marketing (quali ad esempio Programmi fedeltà, Concorsi o operazioni a Premio, Campagne Promozionali) mediante i canali di comunicazione accessibili tramite i dati di recapito a lei riferiti (quali posta, posta elettronica, APP, telefono, sms, social media, push notification ed altri servizi di messaggistica e di comunicazione telematica);
- comunicarle novità e opportunità relative a prodotti e/o servizi sia di società appartenenti al Gruppo AXA sia di società esterne partner di AXA o che collaborano con essa, avendo in ogni caso cura di evitare di far conoscere a tali soggetti i suoi dati;
- proporle prodotti e servizi sulla base dei dati generati nel caso lei utilizzi strumenti che permettano la rilevazione della sua posizione nel territorio.

In particolare, potremo:

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

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

Precisiamo inoltre che, in caso di suo consenso, potremo inviarle messaggi utilizzando sia strumenti tradizionali (posta e telefono) sia strumenti automatici (posta elettronica, sms, push notification, social media ed altri servizi di messaggistica e di comunicazione telematica) e tramite l'area web riservata, l'app a sua disposizione, fermo restando che lei ha in ogni momento la possibilità di limitare l'effetto del suo consenso solo ad uno degli strumenti di comunicazione sopra indicati.

Base giuridica del trattamento: per la finalità commerciale e di marketing sopra descritta la base giuridica che legittima il trattamento è la manifestazione del **consenso dell'interessato** al trattamento dei propri dati personali per tale specifica finalità. **Il consenso** che le chiediamo è **facoltativo**. In mancanza o in caso di revoca, non vi sono effetti sull'erogazione dei servizi assicurativi, ma non potrà conoscere le nostre offerte, né partecipare alle iniziative sopra indicate.

c) Trattamento dei dati personali per attività di profilazione

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

Il consenso espresso potrà essere revocato in qualsiasi momento. Se decide di farlo, non vi sono effetti sull'erogazione dei servizi assicurativi. Tale revoca non pregiudica la liceità di qualsiasi trattamento effettuato

prima di esso.

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

- informazioni ottenute attraverso la consultazione di banche dati pubbliche quali, ad esempio, Catasto e i pubblici registri dell'Agenzia delle Entrate;
- informazioni elaborate da terzi come Titolari o Responsabili del trattamento dei dati.

Precisiamo, inoltre, che fornendo tale consenso, al solo scopo di assunzione del rischio assicurativo e per la determinazione di eventuali vantaggi, quali sconti/premi e tariffe personalizzate, a seconda del prodotto scelto, potremo utilizzare:

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

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

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

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



A chi sono comunicati i dati?

In AXA, i dati sono trattati da dipendenti e collaboratori nell'ambito delle rispettive funzioni e in conformità alle istruzioni ricevute, per il conseguimento delle specifiche finalità indicate nella presente informativa; lo stesso avviene presso i soggetti già indicati nella presente informativa a cui i dati vengono comunicati.

In particolare, secondo il particolare rapporto assicurativo, i dati sono comunicati a taluni dei seguenti soggetti:

- assicuratori, coassicuratori e riassicuratori; agenti, subagenti, mediatori di assicurazione e di riassicurazione, contraente delle polizze, produttori ed altri canali di acquisizione e gestione di contratti di assicurazione; banche, Società di Gestione del Risparmio, SIM; legali; periti; medici; autofficine; centri di demolizione di autoveicoli;
- società di servizi per il quietanzamento; società di servizi a cui siano affidati la gestione, la liquidazione ed il pagamento dei sinistri, tra cui centrale operativa di assistenza, società di consulenza, strutture sanitarie convenzionate; società di servizi informatici e telematici o di archiviazione; società di servizi postali (per trasmissione, imbustamento, trasporto e smistamento delle comunicazioni alla clientela); società di revisione e di consulenza; società che gestiscono sistemi di informazioni creditizie ai sensi del Codice deontologico di cui all'allegato A.5 del Codice privacy; società di informazione commerciale per rischi finanziari ai sensi del Codice deontologico di cui all'allegato A.7 del Codice privacy; società di servizi per il controllo delle frodi ed il monitoraggio delle attività di distribuzione; società di recupero crediti; società che verificano l'accessibilità a finanziamenti per il pagamento dei premi. Si precisa che il Titolare fornirà alle società che gestiscono sistemi di informazione creditizie e sistemi di informazione commerciale per rischi commerciali esclusivamente i dati personali necessari per la consultazione dei dati di tali sistemi;
- società del Gruppo a cui appartiene la nostra Compagnia (controllanti, controllate o collegate, anche indirettamente, ai sensi delle vigenti disposizioni di legge, nonché ove previsto alla Cassa Assistenza Assicurazioni AXA), per attività amministrativo-contabili o di gestione del rapporto assicurativo;
- società partner, autonome titolari del trattamento:
 - se applicabile al singolo prodotto, per la fornitura di garanzie e servizi connessi e strumentali all'esecuzione del contratto assicurativo (es. prevenzione rischi cyber; servizio di antifurto);
 - per attività di studio statistico sulla base di clienti AXA, anche strumentali a future evoluzioni della Compagnia (ad esempio negli ambiti di sofisticazione della tariffazione, ottimizzazione della gestione dei sinistri e studio di nuove offerte commerciali sulla base dei comportamenti dei clienti);
 - ANIA (Associazione Nazionale fra le Imprese Assicuratrici); organismi associativi e consortili propri del settore assicurativo IVASS (Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni); nonché altri soggetti, quali: Banca d'Italia; Casellario Centrale Infortuni; Ministero delle infrastrutture - Motorizzazione civile e dei trasporti in concessione; CONSOB (Commissione Nazionale per le Società e la Borsa); COVIP (Commissione di vigilanza sui fondi pensione); Ministero del lavoro e della previdenza sociale; Enti gestori di assicurazioni sociali obbligatorie, quali INPS, INPDAl, INPGI, ecc.; Ministero dell'economia e delle finanze - Anagrafe tributaria; Magistratura; Forze dell'ordine (P.S.; C.C.; G.d.F.; VV. FF; VV. UU); altri soggetti o banche dati nei confronti dei quali la comunicazione dei dati è obbligatoria.

Per talune attività utilizziamo soggetti di nostra fiducia - operanti talvolta anche al di fuori dell'Unione Europea (es. India) - che svolgono per nostro conto compiti di natura tecnica, organizzativa o gestionale; lo stesso fanno anche i soggetti già indicati nella presente informativa a cui i dati vengono comunicati. In ogni caso il **trasferimento dei dati fuori dall'Unione Europea** avverrà sulla base delle ipotesi previste dalla vigente normativa, tra cui l'utilizzo di regole aziendali vincolanti (cd. *BCR - Binding Corporate Rules*: www.axa.it/privacy/ulteriore_documentazione - *Binding Corporate Rules*) per i trasferimenti all'interno del Gruppo AXA, l'applicazione di clausole contrattuali standard definite dalla Commissione Europea per trasferimenti verso società non

appartenenti al Gruppo AXA o la verifica della presenza di un giudizio di adeguatezza del sistema di protezione dei dati personali del Paese importatore dei dati.

Resta inteso che il Titolare potrà agire anche avvalendosi di società esterne specializzate, nonché di società di servizi informatici, telematici, di archiviazione e postali cui vengono affidati compiti di natura tecnica od organizzativa. Tali soggetti terzi agiranno attenendosi alle istruzioni e alle procedure di sicurezza che AXA avrà definito per tutelare pienamente la sua riservatezza.

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



Per quanto tempo i dati vengono conservati?

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

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

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

Per maggiori informazioni, si invita a visitare la sezione privacy del sito web www.axa.it

INFORMATIVA PRIVACY SULL'USO DEI DATI BIOMETRICI CONNESSI ALLA FIRMA GRAFOMETRICA

La informiamo, inoltre, circa le modalità di trattamento dei Suoi dati biometrici (nel seguito anche "Dati") connessi all'utilizzo del servizio "Firma Grafometrica" a cui potrà liberamente aderire.

Tale informativa integra l'informativa generale sul trattamento dei dati personali sopra riportata.

I Dati da Lei gentilmente forniti saranno trattati da AXA Assicurazioni S.p.A. (nel seguito "AXA") mediante registrazione elettronica e verranno utilizzati secondo le finalità e con le modalità indicate nel documento che le spiega le caratteristiche del servizio (disponibile anche online nel sito di AXA: www.axa.it/note_legali/firma_grafometrica) e, in particolare, per:

- garantire o aumentare la sicurezza nei processi di sottoscrizione di documenti;
- contribuire, attraverso le garanzie di autenticità, non ripudio e integrità dei documenti sottoscritti elettronicamente, a conferire maggiore certezza nei rapporti giuridici con Lei intercorrenti e ridurre il rischio di sostituzioni di persona e di frodi;
- ottemperare agli obblighi previsti dalla legge, dai regolamenti e/o dalla normativa comunitaria ed internazionale.

Il conferimento dei dati biometrici per le suddette finalità è facoltativo e un eventuale rifiuto al rilascio dei Dati o del consenso da parte Sua non comporta pregiudizio alcuno. L'unica conseguenza sarà l'impossibilità per AXA di erogare il servizio richiesto e di consentire l'utilizzo del sistema di firma grafometrica. Nei casi di mancanza di consenso al trattamento dei Dati, è stata prevista come misura alternativa la sottoscrizione dei documenti con firma tradizionale autografa su supporto cartaceo, ovvero mediante firma digitale con OTP. La successiva revoca del consenso al trattamento dei Dati necessari per l'utilizzo del sistema di firma grafometrica determinerà la disattivazione del servizio stesso.

Base giuridica del trattamento: per la finalità sopra descritta la base giuridica che legittima il trattamento è la manifestazione del consenso dell'interessato al trattamento dei propri dati personali per tale specifica finalità.

I Dati saranno trattati mediante strumenti informatici e telematici con logiche strettamente connesse alle finalità sopra indicate e comunque nel rispetto delle disposizioni di legge⁸.

I Dati, in forma sempre criptata, saranno conservati presso AXA e/o presso le società appositamente nominate Responsabili del trattamento dei dati nell'ambito delle attività di archiviazione e conservazione a norma dei documenti firmati elettronicamente.

I Dati raccolti saranno trattati altresì da:

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

In ogni caso il trattamento dei Dati che La riguardano avverrà con le logiche strettamente correlate alle finalità suddette e sarà improntato ai principi di correttezza, liceità, trasparenza e avverrà con modalità idonee a garantirne la sicurezza e la riservatezza. I Dati, infatti, saranno trattati con sistema di cifratura e saranno inaccessibili al personale e agli addetti alla manutenzione, essendo previsto un particolare procedimento per decifrarli.

Lei ha il diritto, accedere ai suoi dati personali, farli aggiornare, integrare, rettificare o cancellare, di chiederne la limitazione e di opporsi al loro trattamento, richiedere la portabilità dei dati, revocare il consenso espresso.

Per l'esercizio dei Suoi diritti, Lei può rivolgersi ad AXA Assicurazioni S.p.A. - Corso Como 17 - c.a. Data Protection Officer - 20154 Milano (MI) - e-mail: privacy@axa.it. Inoltre, Lei potrà proporre reclamo all'Autorità di controllo in materia di protezione dei dati personali, in Italia il Garante per la protezione dei dati personali: Piazza Venezia n. 11 - 00187 Roma (+39)06.696771; protocollo@pec.gpdp.it.

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

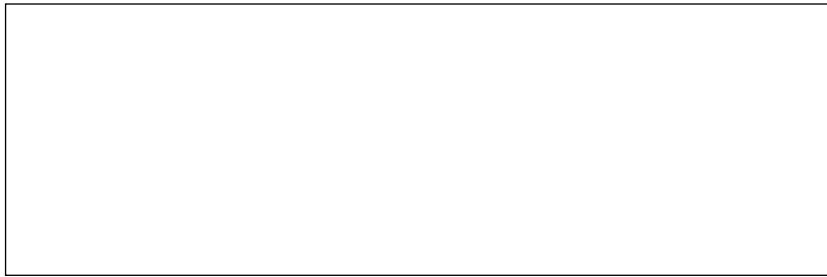
INFORMATIVA SULL'USO DELLE TECNICHE DI COMUNICAZIONE A DISTANZA

INFORMATIVA

SULL'USO DELLE TECNICHE DI COMUNICAZIONE A DISTANZA PER LE INFORMAZIONI PRECONTRATTUALI E LA GESTIONE DEI CONTRATTI ASSICURATIVI

In conformità alla vigente normativa assicurativa abbiamo necessità di raccogliere il suo consenso ad inviarle, in formato elettronico ed al contratto di recapito indicato in anagrafica, la documentazione e le comunicazioni, precontrattuali e contrattuali, previste dalla normativa e funzionali alla gestione dei servizi che ci richiede.

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



axa.it

Il presente documento è aggiornato al 1 febbraio 2024.

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

Capitale Sociale € 232.535.335 interamente versato - Ufficio del Registro delle Imprese di Milano-Monza-Brianza-Lodi e C. F. n. 00902170018 - P. I.V.A. GRUPPO IVA AXA ITALIA n. 10534960967 -
Numero R.E.A. della C.C.I.A.A. di Milano n. 1576311 - Direzione e coordinamento di AXA MEDITERRANEAN HOLDING SAU ai sensi dell'art. 2497 bis C.C. - Iscrizione Albo Imprese IVASS n. 1.00025 -
Capogruppo del gruppo assicurativo AXA ITALIA iscritto all'Albo Gruppi IVASS con il n. 041 - Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con Decreto del Ministero dell'Industria,
del commercio e dell'artigianato del 31 dicembre 1935 - (Gazzetta Ufficiale del 9 aprile 1936 n. 83)