



rldefnlamo / gli standard

Malattia aziende/

**IL PRESENTE FASCICOLO
INFORMATIVO CONTIENE:**

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

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

PRIMA DELLA SOTTOSCRIZIONE LEGGERE ATTENTAMENTE LA NOTA INFORMATIVA

Contratto di assicurazione sanitaria

edizione maggio 2018

PAGINA BIANCA

Nota informativa

Nota informativa assicurazione malattie

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

Avvertenza

La presente Nota Informativa è redatta secondo lo schema predisposto dall'IVASS, ma il suo contenuto non è soggetto alla preventiva approvazione dell'IVASS.

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

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

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

A - INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE

1. Informazioni generali

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

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

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

2. Informazioni sulla situazione patrimoniale dell'impresa di assicurazione

Il patrimonio netto di AXA Assicurazioni S.p.A., riferito all'ultimo bilancio approvato (esercizio 2017), ammonta a € 645 milioni di cui € 211 milioni di capitale sociale interamente versato e € 434 milioni di riserve patrimoniali, compreso il risultato di esercizio.

Il solvency ratio al 31 dicembre 2017, ovvero la misura sintetica del grado di solidità patrimoniale della Compagnia, calcolata secondo i criteri e le modalità indicate dalla Direttiva 2009/138/CE del Parlamento Europeo e dal Regolamento delegato (UE) 2015/35, come rapporto tra Fondi propri ammissibili per la copertura del Requisito patrimoniale di solvibilità ed il Requisito stesso, è pari al 138%.

B - INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

Durata e proroga del contratto

La durata prevista dal contratto è annuale ed è espressamente indicata in polizza.

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

Avvertenza:

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

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

Si rinvia per maggiori dettagli agli Articoli 25 e 26 delle C.G.A.

3. Coperture assicurative offerte - Limitazioni ed esclusioni

Malattia Aziende è una polizza assicurativa che prevede la copertura malattia (garanzie ricovero, garanzie extra ricovero e prestazioni di assistenza) per dipendenti di aziende e per collettività in generale.

Avvertenza: Le coperture assicurative di seguito indicate, sono operanti se richiamate in Polizza ed è stato pagato il relativo premio.

Nota informativa

Le garanzie contenute nella sezione malattia sono di seguito illustrate:

Garanzia	Copertura assicurativa	Articolo C.G.A.
Ricoveri, interventi e day hospital	Rimborso delle spese mediche sostenute in caso di ricovero, intervento chirurgico anche senza ricovero, day hospital, day surgery o intervento chirurgico ambulatoriale. La garanzia comprende anche le spese sostenute nei 120 giorni precedenti e successivi il periodo di ricovero o l'intervento chirurgico senza ricovero.	Art. 1
Grandi interventi chirurgici	Rimborso delle spese mediche sostenute in caso ricovero per grande intervento chirurgico di cui all'allegato 1 "Elenco grandi interventi". La garanzia comprende anche le spese sostenute nei 120 giorni precedenti e successivi il periodo di ricovero.	Art. 2
Alta specializzazione	Rimborso delle spese mediche sostenute per accertamenti diagnostici di alta specializzazione (TAC, RMN, ecc.) e terapie ambulatoriali da neoplasie.	Art. 3
Visite ed accertamenti	Rimborso delle spese mediche sostenute per visite mediche, esami ed analisi di laboratorio ed accertamenti diagnostici.	Art. 4
Trattamenti fisioterapici e riabilitativi	Rimborso delle spese per trattamenti fisioterapici resi necessari da malattia o infortunio.	Art. 5
Cure odontoiatriche	Rimborso delle spese sostenute per cure odontoiatriche, compresi gli interventi di implantologia.	Art. 6
Lenti e occhiali	Rimborso delle spese sostenute per l'acquisto di lenti correttive, occhiali o di lenti a contatto in caso di prima prescrizione o di modifica visus.	Art. 7
Capitale da convalescenza	Corresponsione del capitale assicurato previsto in polizza in caso di diagnosi di una grave patologia.	Art. 8
Check up	Rimborso delle spese mediche sostenute in caso di check up.	Art. 9

Le prestazioni contenute nella sezione assistenza sono fornite da Inter Partner Assistance S.A. – Rappresentanza Generale per l'Italia (denominata in contratto AXA Assistance) e sono **operanti in base al pacchetto prescelto, sia per gli infortuni che per le malattie e sono di seguito elencate:**

Garanzia	Copertura assicurativa	Articolo C.G.A.
Assistenza Base	Le prestazioni prevedono: consulti medici telefonici, invio di un medico o di un'autoambulanza, trasferimento/rimpatrio sanitario, rimpatrio della salma e interprete all'estero.	Art. 35
Assistenza Upgrade	Le prestazioni prevedono: consulti medici telefonici, invio di un medico o di un'autoambulanza, trasferimento/rimpatrio sanitario, rimpatrio della salma, interprete all'estero, second opinion e telemedicina.	Art. 36

Avvertenza

Esclusioni e limiti delle coperture assicurative

Il contratto prevede limitazioni, esclusioni e sospensioni alle coperture assicurative, che possono comportare la riduzione o il mancato pagamento dell'indennizzo, esplicitate negli articoli delle C.G.A. ed evidenziate in neretto o con retinatura. Si invita a prestare particolare attenzione ai seguenti Artt.: 1 "Ricoveri, interventi e day hospital", 2 "Grandi interventi chirurgici", 3 "Alta specializzazione", 4 "Visite ed accertamenti", 5 "Trattamenti fisioterapici e riabilitativi", 6 "Cure odontoiatriche", 7 "Lenti ed occhiali", 8 "Capitale da Convalescenza", 9 "Check up", 10 "Assicurazione in forma integrativa", 11 "Termini di aspettativa", 12, 37 "Esclusioni", 13 "Utilizzo di strutture sanitarie e medici convenzionati con AXA", 14 "Cosa fare in caso di sinistro", 15 "Criteri di liquidazione e pagamento dell'indennizzo", 16 "Controversie - Arbitrato irrituale", 18 "Rischio guerra", 21 "Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio", 22 "Altre assicurazioni", 23 "Persone non assicurabili", 24 "Limiti di età", 25 "Pagamento del premio e decorrenza della garanzia", 26 "Proroga e periodo di assicurazione", 27 "Persone assicurabili", 30 "Assicurazione per conto altrui", 34 "Paesi soggetti a sanzioni internazionali - Clausola di esclusione per sanzioni economiche e finanziarie", "Premessa sezione "Assistenza".

Nota informativa

Avvertenza

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

Il contratto prevede l'applicazione di franchigie e/o scoperti e/o massimali alle coperture assicurative di cui al presente punto della Nota Informativa. La loro applicazione può comportare la riduzione o il mancato pagamento dell'indennizzo. Sono contenuti nei seguenti Artt.: 1 "Ricoveri, interventi e day hospital", 2 "Grandi interventi chirurgici", 3 "Alta specializzazione", 4 "Visite ed accertamenti", 5 "Trattamenti fisioterapici e riabilitativi", 6 "Cure odontoiatriche", 7 "Lenti ed occhiali", 35 "Assistenza base", 36 "Assistenza upgrade".

Esempio di applicazione di franchigia:

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

Esempi di applicazione di scoperto con un minimo in euro:

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

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

Richiesta di rimborso € 25.000,00, scoperto 10% con il minimo di € 1.000,00 e un massimo di € 2.000,00 per sinistro. Importo liquidato € 23.000,00 (il 10% di 25.000,00 = 2.500,00) poiché € 2.500,00 è superiore a € 2.000,00, si applica il massimo di € 2.000,00.

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

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

Avvertenza

Presenza di limite massimo di età assicurabile

Il contratto prevede limiti massimi di età assicurabili trascorsi i quali le parti possono recedere dal contratto. Specificatamente all'art. 24 "Limiti di età".

4. Periodi di carenza contrattuale

Avvertenza

Presenza di carenze ovvero termini di aspettativa

Il contratto prevede dei limiti temporali alla operatività delle garanzie. Pertanto si richiama l'attenzione del Contraente/Assicurato al fatto che il contratto prevede dei termini di aspettativa o carenza ossia dei periodi temporali in cui le garanzie di polizza, in tutto o in parte, non sono operative.

Specificatamente all'articolo 11 "Termini di aspettativa".

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

Avvertenza

Dichiarazioni false o reticenti in sede di **conclusione del contratto**, potrebbero comportare la perdita totale o parziale dell'indennizzo/risarcimento, nonché, la stessa cessazione dell'assicurazione così come disposto dall'Art. 21 delle C.G.A.

Avvertenza

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

6. Aggravamento e diminuzione del rischio e variazioni nella professione

Il contratto non prevede casi di aggravamento o diminuzione del rischio.

Non trova pertanto applicazione il disposto degli articoli 1897 e 1898 del Codice Civile.

7. Premi

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

Nota informativa

aggiuntivi.

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

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

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

8. Adeguamento del premio

Il premio delle garanzie malattia non è soggetto ad adeguamento automatico del premio.

9. Diritto di recesso

Avvertenza

Diritto di recesso per sinistro

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

Diritto di recesso per età

Le Parti, ad ogni scadenza annua successiva al compimento del 70° anno di età dell'Assicurato possono recedere dal contratto con preavviso di 30 giorni.

Diritto di recesso alla scadenza contrattuale

È riconosciuto ad entrambe le Parti il diritto di recedere dal contratto, mediante l'invio di una lettera raccomandata, spedita almeno 30 giorni prima della scadenza originaria o rinnovata;

Si rinvia per maggiori dettagli agli Articoli 25 e 26 delle C.G.A..

10. Prescrizione e decadenza dei diritti derivanti dal contratto

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

11. Legge applicabile al contratto

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

12. Regime fiscale

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

Il presente contratto è soggetto all'imposta sulle assicurazioni vigente in Italia. Si rinvia all' Art. 29 "Oneri fiscali" delle C.G.A. per gli aspetti di dettaglio.

C - INFORMAZIONI SULLE PROCEDURE LIQUIDATIVE E SUI RECLAMI

13. Sinistri – Liquidazione dell'indennizzo

Avvertenza

Si richiama l'attenzione del Contraente/Assicurato all'individuazione del momento in cui insorge un sinistro, all'esistenza di modalità e termini per la denuncia del sinistro, alle eventuali spese per l'accertamento del danno e alle eventuali richieste di visite mediche.

Si rimanda:

Per le modalità ed i termini a carico del Contraente/Assicurato di denuncia di sinistro o per l'ipotesi in cui è richiesta la visita medica e per il termine minimo e massimo entro cui la Società effettua l'accertamento della malattia si rimanda agli Artt.: 13 "Utilizzo di strutture sanitarie e medici convenzionati con AXA", 14 "Cosa fare in caso di sinistro", 15 "Criteri di liquidazione e pagamento dell'indennizzo".

14. Assistenza diretta – Convenzioni

Avvertenza

Nota informativa

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

Si rimanda agli Artt. 13 "Utilizzo di strutture sanitarie e medici convenzionati con AXA", 14 "Cosa fare in caso di sinistro", 15 "Criteri di liquidazione e pagamento dell'indennizzo".

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

15. Reclami

Eventuali reclami relativi ad un contratto o servizio assicurativo nei confronti dell'Impresa di assicurazione devono essere preliminarmente presentati per iscritto (posta, fax, email/PEC) all'Ufficio Gestione Reclami secondo le seguenti modalità:

mail: reclami@axa.it

pec: reclamiisvapaxa@axa.legalmail.it

posta: **AXA Assicurazioni S.p.A** c.a Ufficio Gestione Reclami Corso Como, 17 - 20154 Milano

fax: +39 02 43448103

avendo cura di indicare:

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

Sarà cura della Compagnia fornire riscontro entro 45 giorni dalla data di ricevimento del reclamo.

Per eventuali reclami aventi ad oggetto il comportamento di un Agente piuttosto che di un collaboratore/dipendente di quest'ultimo, il termine di riscontro di cui sopra potrà essere sospeso per un periodo di 15 giorni, al fine di garantire il contraddittorio con l'intermediario di cui sopra e consentire allo stesso di effettuare le necessarie integrazioni istruttorie e di esprimere le proprie posizioni relativamente all'oggetto del reclamo così come previsto dalla normativa vigente.

Nel caso di mancato o parziale accoglimento del reclamo, nella risposta verrà fornita una chiara spiegazione della posizione assunta sia dalla Compagnia che dall'Agente interessato in relazione al reclamo stesso ovvero della sua mancata risposta.

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

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

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

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

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

- **Negoziazione assistita:** per controversie in materia di risarcimento danni R.C.A., le cui Parti convengono di cooperare per risolvere in via amichevole la questione tramite l'assistenza obbligatoria di avvocati iscritti all'Albo.

Per attivare la procedura è necessario rivolgere alla Compagnia un invito a partecipare alla procedura, tramite Raccomandata con avviso di ricevimento o tramite Pec.

La Compagnia provvederà a rispondere all'invito entro 30 giorni dal ricevimento dello stesso.

- **Mediazione:** per controversie relative a contratti assicurativi e a diritti al risarcimento derivanti da responsabilità medica e sanitaria, le Parti, ai sensi dell'art. 5, comma 1-bis, del d.lgs. n. 28/2010 sono tenute a tentare di risolvere la questione avanti un Organismo di Mediazione (compreso tra gli Enti o le persone fisiche abilitati, in quanto iscritti nel registro ufficiale del Ministero della Giustizia).

Nota informativa

Per attivare la procedura, il Contraente, l'Assicurato o il danneggiato dovranno rivolgersi ad un Organismo di Mediazione del luogo del Giudice territorialmente competente per la controversia, che provvederà a trasmettere alla Compagnia la domanda di attivazione, con indicazione della data fissata per il primo incontro.

La Compagnia provvederà a rispondere almeno 7 giorni lavorativi prima della data prevista per il primo incontro.

- **Arbitrato irrituale:** laddove espressamente previsto dalle Condizioni Generali di Assicurazione, per controversie relative alla determinazione del valore del danno o alle conseguenze di natura medica di un sinistro, che verranno devolute ai consulenti tecnici nominati da ciascuna delle Parti.

Per attivare la procedura è necessario comunicare alla Compagnia la volontà di dare avvio alla stessa.

La Compagnia provvederà a dare riscontro al richiedente indicando il nominativo del proprio consulente tecnico e la Procedura seguirà le modalità espressamente indicate nella relativa previsione di Polizza.

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

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

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

16. Arbitrato

Avvertenza

Qualora per la risoluzione di eventuali controversie si dovesse ricorrere in arbitrato, così come regolamentato dall'Art. 16 delle C.G.A., si rammenta la possibilità in ogni caso di rivolgersi all'Autorità giudiziaria.

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

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

AXA ASSICURAZIONI S.p.A.

L'Amministratore Delegato

Patrick Cohen



Glossario

Alle seguenti definizioni le Parti attribuiscono convenzionalmente il significato di seguito precisato:

Aborto terapeutico:	interruzione volontaria della gravidanza provocata da determinati trattamenti medici al fine di preservare la salute della madre o di evitare lo sviluppo di un feto segnato da malformazioni o gravi patologie, effettuata nel rispetto di quanto disposto dalla legge italiana.
Adesione:	copertura assicurativa per singoli dipendenti e non per intera categoria omogenea.
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 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.
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.
Day Hospital	degenza in istituto di cura senza pernottamento non comportante intervento chirurgico, con redazione di cartella clinica completa di Scheda di dimissione ospedaliera S.D.O. 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 completa di Scheda di dimissione ospedaliera S.D.O. 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:	<p>Prestazioni Ospedaliere: il singolo ricovero (ad eccezione per i ricoveri ravvicinati dell'Art. 33, punto 7), day hospital/day surgery o intervento chirurgico ambulatoriale.</p> <p>La data dell'evento è quella in cui si è verificato il ricovero, day hospital/day surgery o l'intervento chirurgico ambulatoriale.</p> <p>Prestazioni Extraospedaliere: l'insieme di tutti gli accertamenti, le visite e gli esami riguardanti la stessa patologia, inviati contemporaneamente relativi alla stessa garanzia. La</p>

Glossario

	data dell'evento è quella della prima prestazione sanitaria erogata relativa allo specifico evento.
Forma diretta:	modalità di liquidazione della prestazione da parte di AXA all'Istituto di Cura appartenente al Network, preventivamente autorizzate 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.
Franchigia:	la parte di indennizzo espressa in cifra fissa che rimane a carico dell'Assicurato.
Grande intervento Chirurgico:	l'intervento terapeutico mediante uso di strumenti chirurgici, rientrante nell'Elenco dei grandi interventi chirurgici.
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 in caso di sinistro.
Infortunio:	ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili.
Intervento chirurgico:	atto medico, avente una diretta finalità terapeutica, effettuato tramite una cruentazione dei tessuti ovvero mediante l'utilizzo di sorgenti di energia meccanica, termica o luminosa.
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.
Istituto di cura:	ospedale, clinica, casa di cura o istituto universitario, regolarmente autorizzati, in base ai requisiti di legge e delle competenti Autorità, all'erogazione dell'assistenza ospedaliera, anche in regime di degenza diurna. Sono comunque esclusi gli stabilimenti termali, le case di convalescenza o di lungodegenza e di soggiorno e le cliniche aventi finalità dietologiche, estetiche e di benessere. Si intendono quali ricoveri per lunga degenza quelli determinati da condizioni fisiche dell'Assicurato che non consentono più il miglioramento delle condizioni di salute con trattamenti medici finalizzati al trattamento della patologia principale e che rendono necessaria la permanenza in Istituto di cura per interventi di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento.
IVASS:	istituto per la vigilanza sulle Assicurazioni, denominazione assunta da ISVAP dal 1 gennaio 2013.
Malattia:	ogni alterazione clinicamente diagnosticabile 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 dipendente/nucleo familiare.
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.

Glossario

Ricovero:	la degenza, comportante almeno un pernottamento, in istituto di cura, documentato da una Cartella Clinica e da una S.D.O. (Scheda di Dimissione Ospedaliera).
Rischio:	la probabilità che si verifichi il sinistro.
Scoperto:	quota parte delle spese sostenute, espressa in percentuale, che rimane a carico dell'Assicurato.
Sinistro:	il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata l'assicurazione.
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 simplo 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 simplo di polizza.
SSN:	Servizio Sanitario Nazionale
Termini di carenza:	il periodo successivo alla data d'effetto dell'assicurazione durante il quale non è operante la copertura.
Trattamenti fisioterapici:	prestazioni di medicina fisica e riabilitativa eseguiti da medico o da professionista 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 intendo massimo 10 (dieci) sedute.
Ubriachezza:	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.

Malattia aziende

condizioni generali di assicurazione

contratto di assicurazione sanitaria

edizione maggio 2018

PAGINA BIANCA

Condizioni generali di assicurazione

Norme che regolano l'assicurazione - sezione malattia

Garanzie ricovero

(operanti solo se previste in polizza)

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 dipendente/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:

- a) 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 la malattia o l'infortunio che hanno determinato il successivo ricovero o intervento chirurgico.
- b) trasporto dell'Assicurato con mezzo sanitariamente attrezzato, idoneo secondo la gravità del caso, per il tragitto fino al pronto soccorso o all'istituto di cura in caso di ricovero.

1.2 DURANTE il ricovero con/senza intervento, day hospital/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 senza alcuna limitazione giornaliera per i ricoveri effettuati in forma diretta (deve essere compresa sia la struttura sanitaria che l'equipe medica); fino a € 300,00 per tutti gli altri ricoveri effettuati non in forma diretta. Non sono mai ricomprese le spese voluttuarie.

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 fino a € 100,00 al giorno con il massimo di 40 giorni;
- 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 **fino a concorrenza di € 5.000,00** per anno assicurativo, purché le spese siano effettuate durante la validità del contratto;
- j) neonati: 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 fino a concorrenza di **€ 30.000,00** per anno assicurativo, soggetto a parto indennizzabile a termini di polizza.

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 un **indennità sostitutiva** pari a **€ 140,00 al giorno** e per ogni giorno di day hospital/day surgery, un **indennità sostitutiva** pari a **€ 70,00 al giorno, per il massimo di 120 giorni per anno assicurativo**.

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

Condizioni generali di assicurazione

Norme che regolano l'assicurazione - sezione malattia

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, **fino ad un massimo di € 550,00** 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, purché inerenti 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 apparecchiature fisioterapiche purché prescritte da medico specialista.

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).
- € 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 regime di convenzionamento 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 del 20% e con un minimo di € 1.600,00. 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".

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

Condizioni generali di assicurazione

Norme che regolano l'assicurazione - sezione malattia

Art. 2 | Grandi interventi chirurgici

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

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

2.1 PRIMA del ricovero per grande intervento chirurgico:

- a) 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 ambulatoriale (nei limiti indicati nella polizza) purché inerenti la malattia o l'infortunio che hanno determinato il successivo ricovero o intervento chirurgico.
- b) trasporto dell'Assicurato con mezzo sanitariamente attrezzato, idoneo secondo la gravità del caso, per il tragitto fino al pronto soccorso o all'istituto di cura in caso di ricovero.

2.2 DURANTE il ricovero per grande intervento chirurgico:

- 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); fino a € 300,00 per tutti gli altri ricoveri effettuati non in forma diretta. Non sono mai ricomprese le spese voluttuarie.

La retta di degenza verrà rimborsata solo in caso di ricovero con intervento o day surgery;

- f) rette per vitto e pernottamento nell'istituto di cura di un accompagnatore fino a € 100,00 al giorno con il massimo di 40 giorni;
- 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 **fino a concorrenza di € 5.000,00** per anno assicurativo, 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 intervento" o "Durante il day surgery", AXA corrisponde, per ogni giorno di ricovero un **indennità sostitutiva** pari a **€ 200,00 al giorno** e per ogni giorno di day surgery, un **indennità sostitutiva** pari a **€ 100,00 al giorno, per il massimo di 120 giorni per anno assicurativo.**

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

2.3 DOPO il ricovero per grande intervento chirurgico:

- 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 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.

Condizioni generali di assicurazione

Norme che regolano l'assicurazione - sezione malattia

m) acquisto o noleggio, **fino ad un massimo di € 550,00** per anno assicurativo, effettuati nei **120 giorni** successivi 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 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 apparecchiature fisioterapiche purché prescritte da medico specialista.

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) k) sono operanti con il limite di € 3.000,00 (senza applicazione di scoperti o franchigie).

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.

Garanzie extra-ricovero

(operanti solo se previste in polizza)

Art. 3 | Alta specializzazione

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

a) le spese per prestazioni sanitarie prescritte da medico curante o da medico specialista e dovranno essere congrui con la patologia certificata, rese necessarie da malattia o infortunio, di seguito riportate:

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

b) terapie ambulatoriali rese necessarie da neoplasie.

Il rimborso delle spese previste dal presente articolo viene effettuato fino alla concorrenza dei massimali indicati in polizza e con l'applicazione dello scoperto del **20%** a carico dell'Assicurato con il minimo di **€ 50,00** per ogni serie di accertamenti diagnostici o per ogni ciclo di trattamenti o terapie previsti da

Condizioni generali di assicurazione

Norme che regolano l'assicurazione - sezione malattia

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 del **10%** con il minimo di **€ 25,00**.

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

Art. 4 | Visite ed accertamenti

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

- a) 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;
- b) 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;
- c) accertamenti diagnostici, esami ed analisi di laboratorio prescritti dal medico curante o da medico specialista e dovranno essere congrui con la patologia certificata, con esclusione di quelli elencati all'Art. 3 "Alta specializzazione" punto a);

Il rimborso delle spese previste dal presente articolo viene effettuato fino alla concorrenza dei massimali indicati in polizza e con l'applicazione dello scoperto del **20%** a carico dell'Assicurato con il minimo di **€ 50,00**, 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 del **10%** con il minimo di **€ 25,00**.

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

Art. 5 | Trattamenti fisioterapici e riabilitativi (resi necessari da malattia e infortuni)

AXA rimborsa all'Assicurato, **fino alla concorrenza del massimale indicato in polizza per dipendente/nucleo e per anno assicurativo** le spese sostenute per trattamenti fisioterapici/riabilitativi resi necessari da malattia e 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 del **20%** a carico dell'Assicurato con il minimo di **€ 50,00** 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 del **10%** con il minimo di **€ 25,00** 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. 6 | Cure odontoiatriche (rese necessarie da malattia)

A parziale deroga di quanto previsto all'art. 12 "Esclusioni" punto 18, AXA rimborsa all'Assicurato, **fino alla concorrenza del massimale indicato in polizza per dipendente/nucleo e per anno assicurativo** le spese sostenute per cure odontoiatriche, compresi gli interventi di implantologia e con esclusione di cure e apparecchi ortodontici.

È prevista l'applicazione di una franchigia di € 100 per fattura.

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.

Condizioni generali di assicurazione

Norme che regolano l'assicurazione - sezione malattia

A maggior precisazione di quanto previsto dalla presente garanzia, si provvede di seguito a inserire l'indicazione delle definizioni più comuni per facilitare la comprensione dei termini maggiormente utilizzati:

- Conservativa: si occupa della prevenzione, delle ricostruzioni esteriori dei denti e dei trattamenti di restauro all'interno dei denti (endodonzia). Viene convenzionalmente compresa in tale categoria l'igiene orale (ablazione tartaro).
- Corona: copertura artificiale su denti ricostruiti che erano in parte o totalmente distrutti e che hanno bisogno di essere protetti.
- Implantologia: consiste nell'inserimento di pilastri artificiali nell'osso mascellare. Comprende: la struttura metallica che ha come obiettivo la sostituzione della radice di un dente, la connessione all'impianto sulla quale viene costruita la corona e la corona di ceramica sostenuta dall'impianto.
- Protesi: apparati rimovibili o fissi costituiti da strutture dove vengono collocati i denti da sostituire.

Art. 7 | Lenti ed occhiali

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

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 di **€ 50,00** 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 precedentemente, 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. 8 | Capitale da convalescenza

AXA corrisponde al solo Dipendente (Caponucleo) il rimborso forfettario indicato in polizza, a titolo di una tantum, nel caso gli sia diagnosticata una patologia compresa nell'allegato 2 "Elenco patologie Capitale da convalescenza".

La garanzia è operante, decorsi i termini di aspettativa (carenza) di 60 giorni, a condizione che:

- la patologia diagnosticata corrisponda ai requisiti stabiliti dalle definizioni contenute nell'Allegato 2;
- l'Assicurato risulti in vita decorsi 90 giorni dalla data della denuncia del sinistro.

L'erogazione del rimborso forfettario comporta l'automatica esclusione dalla copertura della patologia oggetto di indennizzo e la garanzia rimane attiva per i restanti eventi previsti nell'Allegato 2 e per le altre garanzie previste dal presente fascicolo.

La garanzia non è operante per le malattie che siano:

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

Art. 9 | Check up

Il solo Dipendente (Caponucleo) che abbia compiuto 30 anni potrà eseguire ogni due anni un check up di prevenzione, in un'unica soluzione, presso le strutture convenzionate reperibili sul sito www.axa.it

L'Assicurato potrà comunque contattare la Centrale Operativa per consulenza o delucidazioni circa le strutture convenzionate.

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

Condizioni generali di assicurazione

Norme che regolano l'assicurazione - sezione malattia

OPZIONE 1:

Il Dipendente (Caponucleo) può attivare a sua scelta **una volta ogni due anni solo uno (1) dei 6 pacchetti seguenti:**

Pacchetto	Contenuto	
1. PREVENZIONE 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)•Esame delle urine•Elettrocardiogramma di base•Trigliceridi•Misurazione della pressione arteriosa	
2. PREVENZIONE ONCOLOGICA	UOMO (>45 anni compiuti)	DONNA (>30 anni compiuti)
	<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
		DONNA (>45 anni compiuti) <ul style="list-style-type: none">•PAP-Test•CA 125 (marcatore del tumore ovarico)•CA 15.3 (marcatore del tumore mammario)•Mammografia•Ecografia addominale
3. 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	
4. PREVENZIONE DELLE VIE RESPIRATORIE	<ul style="list-style-type: none">•Spirometria•Visita pneumologica	
5. PREVENZIONE DERMATOLOGICA	<ul style="list-style-type: none">•Visita dermatologica con epiluminescenza o videodermatoscopia	
6. PREVENZIONE GENERICA	<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•Esame delle urine•Elettrocardiogramma di base•Trigliceridi•Misurazione della pressione arteriosa•HBsAg e anti-HCV•HIV•PSA (antigene prostatico specifico) (>45 anni)	

OPZIONE 2:

Il Dipendente (Caponucleo) può attivare a sua scelta **una volta ogni due anni fino a due (2) dei 6 pacchetti previsti nell'Opzione 1.**

Come attivare il check up

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

Condizioni generali di assicurazione

Norme che regolano l'assicurazione - sezione malattia

La Centrale Operativa è accessibile attraverso i seguenti strumenti:

Numero Verde 800.133.333 per chiamate dall'Italia

Numero +39.011.74.17.288 per chiamate dall'Estero

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

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

Art. 10| Assicurazione in forma integrativa

Qualora sia attivata un'opzione in forma integrativa, la copertura si intende prestata ad integrazione del FASI, FASDAC, QUAS o Fondi equivalenti 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 predetti Enti. Resta intesa che qualora gli Assicurati non fruiscono, 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 predetto Ente. Resta intesa, che qualora gli Assicurati non fruiscono 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.

Ambito e limitazioni

Art. 11| Termini di aspettativa

Nel contratto non sono previsti termini di aspettativa (carenze) tranne per la sola garanzia di cui all'art. 8 "Capitale da convalescenza" dov'è prevista una carenza di **60 giorni**.

Art. 12| Esclusioni

L'assicurazione non è operante per:

- 1) le complicanze, conseguenze dirette e indirette di infortuni, malattie e stati patologici dichiarati nel Questionario Sanitario nonché quelli sottaciuti alla Società all'atto della sottoscrizione con dolo o colpa grave (già conosciuti e/o diagnosticati anteriormente alla stipulazione del contratto o all'inserimento in garanzia) qualora la Società abbia richiesto la compilazione di un Questionario.
Qualora non sia richiesta la compilazione di un Questionario le complicanze, conseguenze dirette e indirette di malattie, stati patologici e infortuni sono incluse in copertura.
Qualora viene attivata la garanzia di cui all'Art. 8 - Capitale da Convalescenza, saranno sempre escluse le complicanze e conseguenze dirette e indirette di infortuni, malattie e stati patologici conosciuti e/o diagnosticati anteriormente alla stipulazione del contratto o all'inserimento in garanzia;
- 2) le prestazioni sanitarie e la cura delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, ivi compresi i comportamenti nevrotici e le loro conseguenze e complicanze;
- 3) le prestazioni sanitarie e le cure di relative a psicoterapia e/o altre prestazioni terapeutiche relative a depressione, stati d'ansia e tutti i disturbi mentali, ivi compresi quelli comportamentali, riconosciuti dal DSM IV (Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali);
- 4) le prestazioni sanitarie e le cure per infertilità, sterilità maschile e femminile, fecondazione assistita e simili, impotenza;
- 5) l'aborto volontario non terapeutico;
- 6) le visite e gli accertamenti in gravidanza;
- 7) la cura di intossicazioni conseguenti ad abuso di alcoolici o ad uso non terapeutico di psicofarmaci, di

Condizioni generali di assicurazione

Norme che regolano l'assicurazione - sezione malattia

- stupefacenti o di allucinogeni;
- 8) gli infortuni causati dallo stato di ubriachezza dell'Assicurato o dall'effetto di allucinogeni, stupefacenti o psicofarmaci assunti non a scopo terapeutico dall'Assicurato;
 - 9) gli infortuni avvenuti durante la guida di veicoli causati da crisi epilettiche dell'Assicurato;
 - 10) 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;
 - 11) 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;
 - 12) gli infortuni causati dalla pratica di sport aerei in genere o dalla partecipazione a gare motoristiche ed alle relative prove;
 - 13) gli infortuni derivanti dalla pratica dei seguenti sport: salto dal trampolino con gli sci o idrosci, sci acrobatico, bob, rugby, football americano, pugilato, atletica pesante, lotta in tutte le sue forme, alpinismo con scalata di rocce e ghiacciai, speleologia, sport aerei, sport comportanti l'uso di veicoli o natanti a motore (e relative corse, gare, prove);
 - 14) 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;
 - 15) le prestazioni sanitarie, le cure e gli interventi per la eliminazione o correzione di malformazioni, salvo quanto previsto per i neonati e salvo le malformazioni di cui l'Assicurato sia portatore inconscio;
 - 16) la correzione dei vizi di rifrazione (miopia, astigmatismo, ipermetropia e presbiopia), se non previste in polizza;
 - 17) 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;
 - 18) le protesi dentarie nonché le prestazioni e le cure odontoiatriche ed ortodontiche (comprese le parodontopatie) - salvo quanto previsto dalla lettera "i" dell'articolo 1 - "Ricoveri, interventi e day hospital", dalla lettera "b" dell'articolo 4 - "Visite ed accertamenti" nonché dell'art. 6 "Cure odontoiatriche", qualora operanti;
 - 19) le prestazioni sanitarie non riconosciute dalla medicina ufficiale, quelle non effettuate da medici o paramedici abilitati all'esercizio dell'attività professionale nonché di medicina sperimentale;
 - 20) 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.);
 - 21) le conseguenze di movimenti tellurici, inondazioni ed eruzioni vulcaniche;
 - 22) le conseguenze di guerre (dichiarate o non dichiarate), insurrezioni, (salvo quanto previsto dall'articolo 45 - "Rischio di guerra");
 - 23) le conseguenze di qualsiasi atto di terrorismo, di tumulti popolari, atti violenti od aggressioni, cui l'Assicurato abbia preso parte attiva;
 - 24) 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;
 - 25) le spese non direttamente inerenti la cura o l'intervento, quali ad esempio spese per telefonate, televisione, bar, ristorante e simili;
 - 26) gli accertamenti diagnostici, la psicoterapia, le terapie mediche e quelle chirurgiche, legati ai disturbi d'identità sessuale;
 - 27) 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;
 - 28) le spese relative a prestazioni di routine e/o controllo (salvo quanto previsto all'art. 9 "Check up"), i vaccini, le prestazioni di medicina generale e pediatrica di routine;
 - 29) le prestazioni non corredate dall'indicazione della diagnosi, nonché quelle effettuate per familiarità o predisposizione genetica;

Condizioni generali di assicurazione

Norme che regolano l'assicurazione - sezione malattia

- 30) le prestazioni non effettuate da Istituti di Cura, Centri Medici o Medici Specialisti, ad eccezione di quelle infermieristiche e fisioterapiche;
- 31) 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);
- 32) lenti ed occhiali, se non previste in polizza;
- 33) i ricoveri effettuati allo scopo di praticare check up clinici (ricoveri impropri);
- 34) 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.

Condizioni generali di assicurazione

Norme che regolano l'assicurazione in generale

Come attivare le prestazioni

Art. 13 | 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 della sezione 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 regime diretto e la sussistenza di eventuali limitazioni all'autorizzazione della diretta per visite, ricoveri con o senza intervento, accertamenti diagnostici o altre prestazioni chirurgiche o mediche previste dal proprio piano sanitario.

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 AXA www.axa.it

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

L'Assicurato potrà inoltre contattare la Centrale Operativa per consulenza o aggiornamenti circa le strutture convenzionate al:

Numero Verde 800.133.333 per chiamate dall'Italia

Numero +39.011.74.17.288 per chiamate dall'Estero

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

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

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

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

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

Art. 14 | Cosa fare in caso di sinistro

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

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

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

La Centrale Operativa è accessibile attraverso i seguenti strumenti:

Numero Verde 800.133.333 per chiamate dall'Italia

Numero +39.011.74.17.288 per chiamate dall'Estero

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

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

La denuncia deve essere corredata dalla documentazione medica richiesta, come disposto dall'art. 33 "Criteri di liquidazione e pagamento dell'indennizzo" completa di certificazioni mediche con patologia sospetta o accertata, delle copie o degli originali delle notule, fatture o ricevute quietanzate e di ogni altro documento ritenuto da AXA attinente alla valutazione ed alla liquidazione del sinistro. Nel caso in cui

Condizioni generali di assicurazione

Norme che regolano l'assicurazione in generale

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, a norma del D.Lgs. n. 196/03 (cosiddetta "Legge sulla Privacy") e successive modifiche.

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

Art. 15 | 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, ferme eventuali scoperti, franchigie e limiti di indennizzo.

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

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

Qualora si dovesse successivamente accertare, relativamente all'evento per il quale l'Assicurato ha usufruito del servizio in regime di convenzione 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 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 e medici non convenzionati con AXA o utilizzo di strutture sanitarie convenzionate con AXA e di medici non convenzionati con AXA (forma Indiretta/Rimborso)

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

In caso di:

- **Ricovero con o senza intervento chirurgico, day hospital, day surgery**, alla richiesta di rimborso vanno allegate la copia di fatture, notule o ricevute quietanzate valide ai fini fiscali e copia conforme all'originale della cartella clinica completa;
- **Prestazioni sanitarie senza ricovero** alla richiesta di rimborso vanno allegati copia del certificato del medico curante che ha prescritto le prestazioni con patologia presunta o accertata le notule, fatture o ricevute quietanzate valide ai fini fiscali;
- **Intervento chirurgico ambulatoriale**: alla richiesta di rimborso andrà allegata la relazione medica dettagliata dell'intervento chirurgico. In caso di asportazione neo o altra lesione, la relazione medica dovrà contenere anche la sede, le dimensioni e la natura della neoformazione o lesione che dovrà essere accompagnata da referto di esame strumentale;
- **Spese di trasporto** alla richiesta di rimborso va allegata copia dei giustificativi delle spese sostenute.

Condizioni generali di assicurazione

Norme che regolano l'assicurazione in generale

3) Riconoscimento del capitale da convalescenza

Alla richiesta d'indennizzo è necessario allegare la copia conforme della cartella clinica completa.

Alcune patologie prevedono ulteriore specifica documentazione medica come di seguito riportato:

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

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 o day surgery l'Assicurato scelga di richiedere l'**indennità sostitutiva**, lo stesso o i suoi familiari devono far pervenire alla Centrale Operativa tramite l'Agenzia/Broker alla quale è assegnata la polizza o direttamente utilizzando l'area riservata del portale web all'indirizzo <https://salute.axa.it> copia conforme dell'originale della cartella clinica completa.

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

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

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

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

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

AXA restituirà gli eventuali originali ricevuti.

Condizioni generali di assicurazione

Norme che regolano l'assicurazione in generale

Le controversie di natura medica sull'indennizzabilità del sinistro 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. 17 | Estensione territoriale

L'assicurazione vale per il mondo intero.

Art. 18 | Rischio guerra

L'assicurazione è estesa anche agli infortuni derivanti da stato di guerra (dichiarata o non) o da insurrezione popolare, per il periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità o dell'insurrezione, se ed in quanto l'Assicurato risulti sorpreso dallo scoppio di tali eventi mentre si trova all'estero, in un Paese sino ad allora in pace.

Sono comunque esclusi gli infortuni derivanti da guerra ed insurrezione popolare che colpissero l'Assicurato nel territorio della Repubblica Italiana, della Città del Vaticano e della Repubblica di San Marino.

Art. 19 | Diritto di surrogazione

AXA si riserva il diritto di surrogazione che le compete ai sensi dell'art. 1916 C.C..

Art. 20 | Modifiche dell'assicurazione

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

Art. 21 | 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. 22 | 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-spunto 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.

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. 23 | Persone non assicurabili

Non sono assicurabili le persone affette da alcoolismo, tossicodipendenza, sindrome da immunodeficienza acquisita (A.I.D.S.), sieropositività da H.I.V.

L'assicurazione cessa immediatamente di avere efficacia con il loro manifestarsi.

Qualora una o più delle malattie o delle affezioni sopra elencate insorgano nel corso del contratto si

Condizioni generali di assicurazione

Norme che regolano l'assicurazione in generale

applicheranno le disposizioni dell'art. 1898 del Codice Civile, indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute dell'Assicurato.

Art. 24 | 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.

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. 25 | 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/Broker alla quale è assegnata la polizza oppure ad AXA.

Relativamente alla sola garanzia "Capitale da convalescenza" (Art. 8) si applicherà quanto disposto all'Art. 11 "Termini di aspettativa".

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.

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

Art. 26 | Proroga e periodo di assicurazione

In mancanza di disdetta data da una delle Parti, mediante lettera raccomandata spedita almeno 30 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.

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. 27 | Persone assicurabili

Per aziende con meno di 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.

Il nominativo d'ogni Assicurato (dipendente e famigliari) 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 verifichino nel corso dell'annualità assicurativa per **matrimonio, costituzione di rapporto more uxorio, nascita, nuova assunzione oppure nomina** dovranno essere comunicate ad AXA – mediante l'utilizzo del tracciato informatico concordato - all'indirizzo e-mail salute.aziende@axa.it, 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.

Condizioni generali di assicurazione

Norme che regolano l'assicurazione in generale

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 dovuta 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 sanitaria 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.

Se il Contraente non effettua nei termini prescritti il pagamento dell'eventuale differenza attiva dovuta, il premio anticipato in via provvisoria per le rate successive viene considerato in conto od a garanzia di quello relativo all'annualità assicurativa per la quale non ha avuto luogo la regolazione o il pagamento della differenza attiva, e l'assicurazione resta sospesa fino alle ore 24 del giorno in cui il Contraente abbia adempiuto ai suoi obblighi, salvo il diritto per la Società di agire giudizialmente o di dichiarare con lettera raccomandata la risoluzione del contratto.

Per i contratti scaduti, se il Contraente non adempie agli obblighi relativi alla regolazione del premio, la Società, fermo il diritto di agire giudizialmente, non è obbligata per sinistri accaduti nel periodo al quale si riferisce la mancata regolazione.

La determinazione delle rate successive avverrà in occasione di ogni rinnovo annuale sulla base del numero di Assicurati che risulterà a tal data.

Art. 28 | 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. 29 | 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.

Condizioni generali di assicurazione

Norme che regolano l'assicurazione in generale

Art. 30 | Assicurazione per conto altrui – Titolarità dei diritti e degli obblighi nascenti dalla polizza

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

Art. 31 | Foro competente

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

Art. 32 | Rinvio alle norme di legge

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

Art. 33 | Forma delle comunicazioni

Tutte le comunicazioni previste dal contratto devono essere fatte per iscritto alla Società o all'Agenzia/Broker al quale è assegnata la polizza; nel secondo caso, le comunicazioni ricevute dall'Agenzia/Broker dovranno essere trasmesse da quest'ultime alla Società. Sono ammesse anche tecniche di comunicazione a distanza.

Art. 34 | 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 risarcimento o garantire alcuna indennità in virtù del presente contratto, qualora tale copertura, pagamento o indennità possano esporli a divieti, sanzioni economiche o restrizioni ai sensi di Risoluzioni delle Nazioni Unite o sanzioni economiche o commerciali, leggi o norme dell'Unione Europea, del Regno Unito o degli Stati Uniti d'America, ove applicabili in Italia.

Norme che regolano l'assicurazione – 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.

Garanzie

(operanti solo se previste in polizza)

Art. 35 | Assistenza Pacchetto Base

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

a) Consulto medico telefonico

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

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

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

b) Invio di un medico o di un'ambulanza in caso di urgenza

Qualora, successivamente al consulto medico telefonico, il servizio medico della Centrale Operativa giudichi necessaria e non rinviabile una visita medica dell'Assicurato, la Centrale Operativa invierà un medico generico convenzionato sul posto.

La prestazione viene fornita con costi a carico della Società.

Qualora non sia immediatamente disponibile l'invio del medico, la Società 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 Centrale Operativa non potrà in alcun caso sostituirsi agli Organismi Ufficiali di Soccorso (Servizio 118), né assumersi le eventuali spese.

c) Trasferimento/ Rimpatrio sanitario (prestazione valida all'estero)

Qualora il servizio medico della Centrale Operativa consigli, a seguito di infortunio o malattia improvvisa dell'Assicurato, il trasporto sanitario dello stesso, previa analisi del quadro clinico e d'intesa con il medico curante sul posto, la Centrale Operativa organizzerà:

- il trasferimento sanitario presso una struttura medica adeguata più vicina;
- il rimpatrio sanitario nel paese di origine se le sue condizioni lo permettono e lo richiedono;
- la necessaria assistenza durante il trasporto con personale medico o paramedico.

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

- aereo sanitario (entro il limite di € 10.000,00 per sinistro);
- aereo di linea, classe economica, eventualmente barellato;
- treno prima classe e, ove necessario, vagone letto;
- autoambulanza, senza limiti di chilometraggio;

Norme che regolano l'assicurazione – sezione assistenza



- altro mezzo di trasporto.

Sono escluse dalla prestazione:

- le infermità o lesioni che, a giudizio del servizio medico della Centrale Operativa, possono essere curate sul posto;
- le infermità o lesioni che non precludano all'Assicurato la continuazione del viaggio o del soggiorno;
- le malattie infettive, nel caso in cui il trasporto implichi violazione di norme sanitarie nazionali o internazionali;
- tutti i casi in cui l'Assicurato o i familiari dello stesso sottoscrivessero volontariamente le dimissioni contro il parere dei sanitari della struttura presso la quale fosse ricoverato;
- tutte le spese diverse da quelle indicate;
- tutte le spese sostenute per malattie preesistenti.

La Società avrà la facoltà di richiedere l'eventuale biglietto di viaggio non utilizzato per il rientro dell'Assicurato.

d) Rimpatrio salma (prestazione valida all'estero)

In caso di decesso dell'Assicurato all'estero, la Centrale Operativa organizzerà ed effettuerà il trasporto della salma fino al luogo di inumazione nel paese di origine.

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

La Società terrà a proprio carico i costi entro il limite di € 8.000,00 per Assicurato.

Nel massimale sopra indicato sono comprese le spese per l'acquisto della bara.

Qualora le leggi del luogo impediscano il trasporto della salma o l'Assicurato abbia espresso il desiderio di essere inumato in quel paese, la Società metterà a disposizione di un familiare un biglietto di andata/ritorno (ferroviario di prima classe o aereo classe economica o altro mezzo a proprio insindacabile giudizio) per presenziare alle esequie.

Sono escluse dalla prestazione le spese relative a:

- la cerimonia funebre e l'inumazione;
- l'eventuale recupero della salma;
- il soggiorno del familiare.

e) Interprete all'estero

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

Art. 36 | Assistenza Upgrade

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

a) Consulto medico telefonico

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

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

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

Norme che regolano l'assicurazione – sezione assistenza

b) Invio di un medico o di un'ambulanza in caso di urgenza

Qualora, successivamente al consulto medico telefonico, il servizio medico della Centrale Operativa giudichi necessaria e non rinviabile una visita medica dell'Assicurato, la Centrale Operativa invierà un medico generico convenzionato sul posto.

La prestazione viene fornita con costi a carico della Società.

Qualora non sia immediatamente disponibile l'invio del medico, la Società 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 Centrale Operativa non potrà in alcun caso sostituirsi agli Organismi Ufficiali di Soccorso (Servizio 118), né assumersi le eventuali spese.

c) Trasferimento/ Rimpatrio sanitario (prestazione valida all'estero)

Qualora il servizio medico della Centrale Operativa consigli, a seguito di infortunio o malattia improvvisa dell'Assicurato, il trasporto sanitario dello stesso, previa analisi del quadro clinico e d'intesa con il medico curante sul posto, la Centrale Operativa organizzerà:

- il trasferimento sanitario presso una struttura medica adeguata più vicina;
- il rimpatrio sanitario nel paese di origine se le sue condizioni lo permettono e lo richiedono;
- la necessaria assistenza durante il trasporto con personale medico o paramedico.

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

- aereo sanitario (entro il limite di € 10.000,00 per sinistro);
- aereo di linea, classe economica, eventualmente barellato;
- treno prima classe e, ove necessario, vagone letto;
- autoambulanza, senza limiti di chilometraggio;
- altro mezzo di trasporto.

Sono escluse dalla prestazione:

- le infermità o lesioni che, a giudizio del servizio medico della Centrale Operativa, possono essere curate sul posto;
- le infermità o lesioni che non precludano all'Assicurato la continuazione del viaggio o del soggiorno;
- le malattie infettive, nel caso in cui il trasporto implichi violazione di norme sanitarie nazionali o internazionali;
- tutti i casi in cui l'Assicurato o i familiari dello stesso sottoscrivessero volontariamente le dimissioni contro il parere dei sanitari della struttura presso la quale fosse ricoverato;
- tutte le spese diverse da quelle indicate;
- tutte le spese sostenute per malattie preesistenti.

La Società avrà la facoltà di richiedere l'eventuale biglietto di viaggio non utilizzato per il rientro dell'Assicurato.

d) Rimpatrio salma (prestazione valida all'estero)

In caso di decesso dell'Assicurato all'estero, la Centrale Operativa organizzerà ed effettuerà il trasporto della salma fino al luogo di inumazione nel paese di origine.

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

La Società terrà a proprio carico i costi entro il limite di € 8.000,00 per Assicurato.

Nel massimale sopra indicato sono comprese le spese per l'acquisto della bara.

Qualora le leggi del luogo impediscano il trasporto della salma o l'Assicurato abbia espresso il desiderio di essere inumato in quel paese, la Società metterà a disposizione di un familiare un biglietto di andata/ritorno (ferroviario di prima classe o aereo classe economica o altro mezzo a proprio insindacabile giudizio) per presenziare alle esequie.

Sono escluse dalla prestazione le spese relative a:

- la cerimonia funebre e l'inumazione;
- l'eventuale recupero della salma;
- il soggiorno del familiare.

Norme che regolano l'assicurazione – sezione assistenza

e) Interprete all'estero

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

f) Second Opinion

La Società fornirà all'Assicurato, che sia affetto da gravi patologie o che necessiti di interventi chirurgici di particolare complessità, la possibilità di ottenere un "parere medico complementare" da parte di uno specialista di riconosciuta fama ed esperienza e di ricevere eventuali indicazioni diagnostiche o terapeutiche suppletive relativamente alle seguenti patologie:

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

Il parere medico complementare, inviato entro 10 (dieci) giorni lavorativi dal ricevimento della documentazione clinica completa, conterrà:

- l'opinione 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.

La Second Opinion non è ripetibile e non potrà pertanto essere richiesta per patologie per le quali sia già stata effettuata una volta.

La Società terrà a proprio carico le spese del consulto.

g) Telemedicina

Teleconsulto Post Intervento/Ricovero – "Visual Medicare"

- Descrizione del Servizio:

A seguito di ricovero ospedaliero per malattia e/o infortunio che abbiano comportato intervento chirurgico il beneficiario tramite IPA potrà richiedere l'attivazione dei servizi di "teleconsulto" e di "telemonitoraggio" attraverso la comunicazione audiovisiva con il Centro Medico di Medic4all ed attraverso l'utilizzo del kit "VISUALMEDICARE" 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 hardware, il servizio sarà attivo per trenta giorni consecutivi.

- Modalità di attivazione del servizio:

- IPA dovrà comunicare il domicilio dell'assicurato presso il quale dovrà essere installato il kit "VISUALMEDICARE" e dovrà inviare via fax al n° 02/30351520 della Centrale Operativa copia della lettera di dimissioni rilasciata dall'Ospedale, comprovante il diritto all'utilizzo del servizio.
- La Centrale Operativa concorderà con il Titolare 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 del Titolare, installerà il Kit "VISUALMEDICARE" composto da Gateway, Wrist Clinic e bilancia, o ove necessario glucometro, fornirà le istruzioni e le indicazioni per l'utilizzo ed effettuerà, insieme al Titolare, il primo collegamento con il centro medico operativo.
- Nei trenta giorni successivi alla data di dimissioni dall'Ospedale, bisettimanalmente, dal lunedì al

Norme che regolano l'assicurazione – sezione assistenza

venerdì ed agli orari precedentemente concordati con il medico della centrale operativa, il Titolare potrà usufruire del servizio di teleconsulto che gli permetterà, utilizzando gli strumenti di monitoraggio forniti, di inviare i dati rilevati con le apparecchiature al Centro Medico di Medic4all che li commenterà direttamente, in videoconferenza o teleconferenza con il Titolare

- Alla scadenza dei trenta giorni successivi alla data di dimissioni dall'Ospedale, l'operatore autorizzato si recherà a casa del Titolare e ritirerà il kit "VISUALMEDICARE".

- Cartella Medica Personale

La Cartella Medica è uno spazio protetto sul web, creato da M4A per ogni cliente.

La cartella permetterà la visualizzazione dei dati medici rilevati ed inviati alla centrale medica all'assicurato così come al medico dello stesso qualora lo volesse.

L'accesso della cartella avviene mediante una normale connessione internet accedendo al sito di Medic4all (<https://medic4all.org>) utilizzando le credenziali fornite all'utente al momento dell'attivazione del servizio.

La cartella verrà disattivata una volta che il kit Visualmedicare verrà ritirato dai tecnici Medic4all.

Condizioni comuni

Art. 37 | Esclusioni

- 1) Le prestazioni non sono dovute per eventi provocati o dipendenti da:
 - a. atti di guerra, servizio militare, insurrezioni, tumulti popolari, scioperi, sommosse, atti di terrorismo, sabotaggio, occupazioni militari, invasioni (dopo il 10° giorno dall'inizio delle ostilità qualora l'Assicurato risulti sorpreso mentre si trovava in un paese in pace alla sua partenza);
 - b. eruzioni vulcaniche, terremoti, trombe d'aria, uragani, alluvioni, inondazioni, maremoti, fenomeni atmosferici aventi caratteristiche di calamità naturale;
 - c. sviluppo comunque insorto, controllato o meno, di energia nucleare o di radioattività;
 - d. dolo o colpa grave dell'Assicurato, compreso il suicidio o tentato suicidio;
 - e. abuso di alcolici, psicofarmaci nonché uso non terapeutico di stupefacenti ed allucinogeni;
 - f. infortuni derivanti da atti di pura temerarietà dell'Assicurato;
 - g. gare automobilistiche, motociclistiche o motonautiche e relative prove ed allenamenti, alpinismo con scalata di rocce o accesso ai ghiacciai, salti dal trampolino con sci o idrosci, uso di guidoslitta o pratica di sport aerei in genere, pratica di pugilato, lotta, rugby, football americano, immersioni, atletica pesante, hockey su ghiaccio;
 - h. ogni evento derivante da situazioni patologiche pregresse già note all'Assicurato;
 - i. eventi il cui accadimento sia fuori dal periodo di copertura;
 - j. viaggi intrapresi dall'Assicurato nonostante il parere negativo di un medico curante o per sottoporsi a cure mediche o trattamenti medico-chirurgici.
- 2) La Società non riconosce, e quindi non rimborsa, spese per interventi non autorizzati preventivamente dalla Centrale Operativa, salvo i casi verificatisi a causa di forza maggiore e ritenuti tali ad insindacabile giudizio della Società.
- 3) La Società non si assume responsabilità per eventuali restrizioni o condizioni particolari stabilite dai fornitori, nonché per eventuali danni da questi provocati.
- 4) Le prestazioni non sono altresì fornite in quei paesi che si trovassero in stato di belligeranza dichiarata o di fatto e nei territori ove sia operativo un divieto o una limitazione (anche temporanea) emessa da un'Autorità pubblica competente.
- 5) Le prestazioni non sono altresì fornite per i viaggi estremi in zone remote raggiungibili solo con l'utilizzo di mezzi di soccorso speciali.
- 6) Sono escluse le spese di ricerca dell'Assicurato in mare, lago, montagna o deserto.

Art. 38 | Estensione territoriale

Fermo le eventuali limitazioni territoriali previste per le singole prestazioni, l'assicurazione è valida per i sinistri avvenuti nei seguenti paesi: Albania, Andorra, Austria, Belgio, Bielorussia, Bosnia-Erzegovina,

Norme che regolano l'assicurazione – sezione assistenza

Bulgaria, Cipro, Croazia, Danimarca, Estonia, Finlandia, Francia, Germania, Gibilterra, Grecia, Irlanda, Islanda, Israele, Italia (comprese la Repubblica di San Marino e lo Stato della Città del Vaticano), Lettonia, Liechtenstein, Lituania, Lussemburgo, F.Y.R.O.M. - Macedonia, Madera, Malta, Marocco, Moldavia, Monaco, Montenegro, Norvegia, Paesi Bassi, Polonia, Portogallo, Regno Unito, Repubblica Ceca, Romania, Russia Europea (esclusi i Monti Urali), Serbia, Slovacchia, Slovenia, Spagna, Svezia, Svizzera, Tunisia, Turchia, Ucraina, Ungheria.

Non sono comunque fornite prestazioni né è garantita la copertura assicurativa in quei paesi in stato di belligeranza o guerra, anche se non dichiarata, sebbene compresi nell'elenco sopra riportato.

Art. 39| Operatività della garanzia

Salvo quanto diversamente specificato all'interno delle singole prestazioni, la garanzia opera:

- mediante contatto telefonico con la Centrale Operativa 24 ore al giorno, 365 giorni l'anno;
- con costi a carico della Società entro il limite di 3 (tre) sinistri per Assicurato, durante ciascun anno di validità della copertura;
- senza limite di numero di prestazioni nell'ambito del medesimo sinistro;
- entro il limite del massimale previsto per ciascun tipo di prestazione di assistenza.

Per le prestazioni di consulenza o le informazioni, qualora non fosse possibile prestare una pronta risposta, l'Assicurato sarà richiamato entro le successive 48 (quarantotto) ore.

Condizioni generali di assicurazione

ALLEGATO 1 – Elenco grandi interventi

Cardiochirurgia

- interventi di cardiochirurgia a cuore aperto;
- interventi di by-pass aortocoronarico;
- Impianto pace-maker endocavitario ed eventuale riposizionamento degli 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.

Condizioni generali di assicurazione

ALLEGATO 1 – Elenco grandi interventi

Fegato e vie biliari

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

Intestino

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

Torace

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

Faccia e bocca

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

Urologia

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

Ginecologia

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

Condizioni generali di assicurazione

ALLEGATO 1 – Elenco grandi interventi

Chirurgia del sistema nervoso

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

Chirurgia vascolare

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

Ortopedia e traumatologia

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

Otorino

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

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

Condizioni generali di assicurazione

ALLEGATO 2 – Elenco patologie Capitale da convalescenza

Definizioni

Cancro

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

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

Infarto miocardico acuto

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

Ictus cerebro-vascolare

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

Sclerosi multipla o a placche

Malattia caratterizzata da aree di demielinizzazione cerebrale e midollare spinale.

Sclerosi Laterale Amiotrofica

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

Morbo di Parkinson

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

Insufficienza renale

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

Anemia aplastica

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

Innesto bypass aorto coronarico

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

Trapianto di organi principali

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

Condizioni generali di assicurazione

ALLEGATO 2 – Elenco patologie Capitale da convalescenza

Definizioni

Cecità totale

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

Paralisi

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

Coma irreversibile

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

Condizioni generali di assicurazione

Articoli di legge

1341 c.c. Condizioni generali di contratto

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

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

1342 c.c. Contratto concluso mediante moduli o formulari

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

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

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

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

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

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

L'assicuratore decade dal diritto d'impugnare il contratto se, entro tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza, non dichiara al contraente di volere esercitare l'impugnazione.

L'assicuratore ha diritto ai premi relativi al periodo di assicurazione in corso al momento in cui ha domandato l'annullamento e, in ogni caso, al premio convenuto per il primo anno. Se il sinistro si verifica prima che sia decorso il termine indicato dal comma precedente, egli non è tenuto a pagare la somma assicurata.

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

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

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

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

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

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

1897 c.c. Diminuzione del rischio

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

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

Condizioni generali di assicurazione

Articoli di legge

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 risoluto di diritto se l'assicuratore, nel termine di sei mesi dal giorno in cui il premio o la rata sono scaduti, non agisce per la riscossione; l'assicuratore ha diritto soltanto al pagamento del premio relativo al periodo di assicurazione in corso e al rimborso delle spese. (...)

1910 c.c. Assicurazione presso diversi assicuratori

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

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

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

L'assicuratore che ha pagato ha diritto di regresso contro gli altri per la ripartizione proporzionale in ragione delle indennità dovute secondo i rispettivi contratti. Se un assicuratore è insolvente, la sua quota viene ripartita fra gli altri assicuratori.

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

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

1916 c.c. Diritto di surrogazione dell'assicuratore

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

2952 c.c. Prescrizione in materia di assicurazione

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

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

Modello 9045 – Informativa sulla privacy

INFORMATIVA GENERALE SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

AXA Assicurazioni rispetta le persone con le quali entra in contatto e tratta con cura i dati personali che utilizza per lo svolgimento delle proprie attività. 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.

A) Trattamento dei suoi dati personali per finalità assicurative¹

Per svolgere adeguatamente le attività necessarie alla gestione del rapporto assicurativo a lei riferito, in qualità di cliente o potenziale cliente, la nostra Società (di seguito anche "AXA") ha la necessità di disporre di dati personali, comuni, sensibili² e giudiziari, a lei riferiti (dati ancora da acquisire, alcuni dei quali ci debbono essere forniti da lei o da terzi per obbligo di legge³, e/o dati già acquisiti, forniti da lei o da altri soggetti⁴, anche mediante la consultazione di banche dati) e deve trattarli nel quadro delle finalità assicurative.

In particolare useremo i suoi dati per fornire servizi e prodotti assicurativi della Compagnia nell'ambito delle seguenti attività, indicate 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;
- 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, anche a fini di tariffazione;
- valutazione inerente eventuali finanziamenti per il pagamento del premio;
- attività antifrode con screening delle informazioni pubbliche, tra cui quelle raccolte tramite siti web e social media;
- utilizzo dei dati in forma anonima per attività di analisi e statistiche di mercato;
- utilizzo dei dati rilevati mediante l'eventuale l'utilizzo di strumenti che rilevano la dinamica di guida (cd "Black Box") per la gestione del rapporto contrattuale e definire le politiche tariffarie della Compagnia;
- servizi di monitoraggio dei parametri delle condizioni generali del cliente rispetto al suo benessere fisico, ad eventi inerenti l'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.

I dati forniti potranno essere utilizzati per la consultazione di banche dati legittimamente accessibili, quali i sistemi di informazioni creditizie, utili per determinare la tariffa applicabile e per verificare il possesso di requisiti specifici richiesti dalle compagnie per l'accesso ad ulteriori prodotti, ad agevolazioni e vantaggi.

A tali fini, non è richiesto il suo consenso per il trattamento dei suoi dati non sensibili strettamente necessari per la fornitura dei suddetti servizi e/o prodotti assicurativi e/o prestazioni da parte di AXA e di terzi a cui tali dati saranno comunicati⁵.

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

² I dati sensibili (definiti dalla normativa come "categorie particolari di dati") sono quelli che rivelano l'origine razziale o etnica, le opinioni politiche, le convinzioni religiose o filosofiche, o l'appartenenza sindacale, i dati genetici, i dati biometrici intesi a identificare in modo univoco una persona fisica, i dati relativi alla salute o alla vita sessuale o all'orientamento sessuale della persona.

³ Ad esempio, ai sensi della normativa contro il riciclaggio.

⁴ Ad esempio: altri soggetti inerenti al rapporto che la riguarda (contraenti di assicurazioni in cui lei risulti assicurato, beneficiario ecc.; coobbligati); altri operatori assicurativi (quali agenti, broker di assicurazione, imprese di assicurazione ecc.); soggetti che, per soddisfare le sue richieste (quali una copertura assicurativa, la liquidazione di un sinistro ecc.), forniscono informazioni creditizie e commerciali; organismi associativi e consortili propri del settore assicurativo altri soggetti pubblici

⁵ I dati possono essere 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); società specializzate per informazione e promozione commerciale, per ricerche di mercato e per indagini sulla qualità dei servizi e sulla soddisfazione dei clienti; assicuratori, coassicuratori; agenti, subagenti, mediatori di assicurazione e di riassicurazione, produttori ed altri canali di acquisizione e gestione di contratti di assicurazione; banche, Società di Gestione del Risparmio, SIM

Modello 9045 – Informativa sulla privacy

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

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

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

Potremo, inoltre, utilizzare i dati di recapito che abbiamo ricevuto per inviarle comunicazioni di servizio strumentali per la gestione del rapporto assicurativo. Tenga quindi conto che in mancanza dei suoi dati di recapito non ci sarà possibile contattarla tempestivamente per fornirle informazioni utili in relazione al rapporto contrattuale e ad altre comunicazioni di servizio.

Base giuridica del trattamento: per la finalità assicurativa sopra descritta la base giuridica che legittima il trattamento è la necessità di disporre di dati personali per l'esecuzione di un contratto di cui l'interessato è parte o all'esecuzione di misure precontrattuali adottate su richiesta dello stesso. Ulteriore base giuridica che legittima l'utilizzo dei dati per tale finalità è la necessità di disporre di dati personali per adempiere un obbligo legale al quale è soggetto il titolare del trattamento. Infine il trattamento è necessario per il perseguimento del legittimo interesse del titolare del trattamento a svolgere l'attività assicurativa.

B) Trattamento dei dati personali comuni per attività commerciali e di marketing

Inoltre, per migliorare i nostri servizi ed i nostri prodotti e per informarla sulle novità e le opportunità che potrebbero essere di suo interesse, le chiediamo di consentirci l'utilizzo dei suoi dati personali non sensibili. Tutto ciò avverrà nel rispetto della normativa in materia di protezione dei dati, e pertanto non utilizzeremo dati sensibili⁷ per tali finalità.

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;
- proporre 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, telefono, fax, sms, mms, social media);

⁶ 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.

⁷ Cfr. nota 2

Modello 9045 – Informativa sulla privacy

- comunicare le 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;
- tenere conto dei dati generati nel caso lei utilizzi strumenti che permettano la rilevazione della sua posizione nel territorio.

In particolare potremo provvedere alle seguenti attività:

- invio di materiale pubblicitario,
- vendita diretta,
- compimento di ricerche di mercato,
- comunicazione commerciale di prodotti della singola Compagnia e/o delle società del Gruppo AXA Italia;
- inviti ad eventi istituzionali del Gruppo AXA.

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

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

Potremo inoltre provvedere, sempre con il suo consenso, all'invio di materiale pubblicitario, effettuare attività di vendita diretta, compiere ricerche di mercato e comunicarle novità in merito ai prodotti e servizi forniti dai partner del nostro Gruppo.

Precisiamo che le attività di comunicazione e marketing sopra descritte potranno essere realizzate da AXA, da società appartenenti allo stesso Gruppo e dai suoi agenti e collaboratori, i quali agiranno quali responsabili ed incaricati nominati dal Titolare.

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

Modalità d'uso dei suoi dati personali

I Suoi dati personali sono trattati⁸ da AXA - titolare del trattamento - solo con modalità, strettamente necessarie per fornirLe le prestazioni, i servizi e/o prodotti assicurativi richiesti o previsti in Suo favore, ovvero, qualora vi abbia acconsentito, per ricerche di mercato, indagini statistiche, attività promozionali; sono utilizzate le medesime modalità e procedure anche quando i dati vengono comunicati per gli stessi fini ai soggetti già indicati nella presente informativa, i quali a loro volta sono impegnati a trattarli usando solo modalità e procedure strettamente necessarie per le specifiche finalità indicate nella presente informativa.

Destinatari (a chi e dove 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 possono essere comunicati a taluni dei seguenti soggetti:

- assicuratori, coassicuratori e riassicuratori; agenti, subagenti, mediatori di assicurazione e di riassicurazione, produttori ed altri canali di acquisizione e gestione di contratti di assicurazione; banche, Società di Gestione del Risparmio, SIM; legali; periti; medici; autofficine; centri di demolizione di autoveicoli;
- società di servizi per il quietanzamento; società di servizi a cui siano affidati la gestione, la liquidazione ed il pagamento dei sinistri, tra cui centrale operativa di assistenza, società di consulenza, cliniche convenzionate; società di servizi informatici e telematici o di archiviazione; società di servizi postali (per trasmissione, imbustamento, trasporto e smistamento delle comunicazioni alla clientela); società di revisione e di consulenza; società 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 possono verificare l'accessibilità a finanziamenti per il pagamento dei premi. Si precisa che il titolare fornirà alle società che

⁸ Il trattamento può comportare le operazioni di raccolta, registrazione, organizzazione, conservazione, elaborazione, modificazione, selezione, estrazione, raffronto, utilizzo, interconnessione, blocco, comunicazione, cancellazione, distruzione dei dati; è invece esclusa l'operazione di diffusione dei dati.

Modello 9045 – Informativa sulla privacy

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 Società (controllanti, controllate o collegate, anche indirettamente, ai sensi delle vigenti disposizioni di legge);
- ANIA (Associazione Nazionale fra le Imprese Assicuratrici); organismi associativi e consortili propri del settore assicurativo: Concordato Cauzione Credito 1994, Pool Italiano per l'Assicurazione dei Rischi Atomici, Pool per l'Assicurazione R.C. Inquinamento, Consorzio per la Convenzione Indennizzo Diretto (CID), Ufficio Centrale Italiano (UCI S.c.ar.l.), Comitato delle Compagnie di Assicurazioni Marittime in Genova, Comitato delle Compagnie di Assicurazione Marittime in Roma, Comitato delle Compagnie di Assicurazioni Marittime in Trieste, ANADI (Accordo Imbarcazioni e Navi da Diporto), SIC (Sindacato Italiano Corpi), Consorzio Italiano per l'Assicurazione Vita dei Rischi Tarati (CIRT), Pool Italiano per la Previdenza Assicurativa degli Handicappati; CONSAP (Concessionaria Servizi Assicurativi Pubblici); ISVAP (Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni Private e di Interesse Collettivo) oggi IVASS (Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni); nonché altri soggetti, quali: UIC (Ufficio Italiano dei Cambi); Casellario Centrale Infortuni; Ministero delle infrastrutture - Motorizzazione civile e dei trasporti in concessione; CONSOB (Commissione Nazionale per le Società e la Borsa); COVIP (Commissione di vigilanza sui fondi pensione); Ministero del lavoro e della previdenza sociale; Enti gestori di assicurazioni sociali obbligatorie, quali INPS, INPDAI, INPGI, ecc.; Ministero dell'economia e delle finanze - Anagrafe tributaria; Consorzi agricole di difesa dalla grandine e da altri eventi naturali; Magistratura; Forze dell'ordine (P.S.; C.C.; G.d.F.; VV.FF; VV.UU); altri soggetti o banche dati nei confronti dei quali la comunicazione dei dati è obbligatoria.

Per talune attività utilizziamo soggetti di nostra fiducia - operanti talvolta anche al di fuori dell'Unione Europea - 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) per i trasferimenti all'interno del Gruppo AXA, l'applicazione di clausole contrattuali standard definite dalla Commissione Europea per i 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.

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

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

Tempo di conservazione dei dati: I dati vengono conservati per tutto il tempo necessario alla gestione del rapporto con l'interessato, fermo restando che decorsi 10 anni dalla cessazione del rapporto con il cliente si procede alla cancellazione dei dati. Per le attività di marketing in caso di manifestazione dei consensi opzionali richiesti, i dati raccolti saranno conservati per il tempo necessario coerente con le finalità di marketing (e comunque per non più di 24 mesi dalla cessazione del rapporto) e nel rispetto della correttezza e del bilanciamento fra legittimo interesse del Titolare e diritti e libertà dell'interessato.

I Suoi diritti e contatti: Lei ha il diritto di conoscere chi sono i responsabili del trattamento, accedere ai Suoi dati, farli aggiornare, integrare, rettificare o cancellare, di chiederne la limitazione e di opporsi al loro trattamento nei casi previsti dalla legge, proporre reclamo al Garante per la protezione dei dati personali e, a far data dal 25 Maggio 2018, di richiedere la portabilità dei dati e far valere il diritto all'oblio.

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.

[Per maggiori informazioni, si invita a visitare la sezione privacy del sito web www.axa.it](http://www.axa.it)

Modello 9045 – Informativa sulla privacy

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 di "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) 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. 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 legge⁹.

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

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

In ogni caso il trattamento dei Dati che La riguardano avverrà con 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 di ottenere la conferma accedere ai Suoi dati, farli aggiornare, integrare, rettificare o cancellare, di chiederne la limitazione e di opporsi al loro trattamento nei casi previsti dalla legge, proporre reclamo al Garante per la protezione dei dati personali e, a far data dal 25 Maggio 2018, di richiedere la portabilità dei dati e far valere il diritto all'oblio.

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.

⁹ Provvedimento generale prescrittivo in tema di biometria, emesso dal Garante per la protezione dei dati personali il 12 novembre 2014

Modello 9045 – Informativa sulla privacy

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, incluse le previsioni del Regolamento ISVAP n. 35/2010 e del Regolamento IVASS n° 8/2015, abbiamo necessità di raccogliere il suo consenso ad inviarle, in formato elettronico ed al contatto 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.

In mancanza di tale consenso le invieremo tali comunicazioni obbligatorie in formato cartaceo.

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

In tal caso potranno esserle addebitati gli oneri connessi alla stampa e all'eventuale trasmissione della documentazione in formato cartaceo.