

salute

malattia garanzie di base

IL PRESENTE FASCICOLO
INFORMATIVO CONTENENTE:

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

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

PRIMA DELLA SOTTOSCRIZIONE LEGGERE ATTENTAMENTE LA NOTA INFORMATIVA.

**contratto di assicurazione malattia
rimborso spese mediche**

edizione aprile 2015



ridefiniamo / la protezione

malattia garanzie di base

**IL PRESENTE FASCICOLO
INFORMATIVO CONTENENTE:**

- **NOTA INFORMATIVA COMPRENSIVA DEL GLOSSARIO**
 - **CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE
COMPRESIVE 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 malattia
rimborso spese mediche**

edizione aprile 2015

Area Clienti



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

Il sito è navigabile con pc, tablet e smartphone.

Nell'Area Clienti è possibile verificare:

polizze attive

coperture
assicurative

scadenze

condizioni
contrattuali



ridefiniamo / la protezione

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



Nota informativa

NOTA INFORMATIVA CONTRATTO DI ASSICURAZIONE DEL RAMO MALATTIA

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

Avvertenza

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

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

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

A - INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE

1. Informazioni generali

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

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

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

2. Informazioni sulla situazione patrimoniale dell'impresa di assicurazione

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

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

B - INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

Durata e proroga del contratto

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

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

Avvertenza:

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

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

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

Si rinvia per maggiori dettagli agli Artt. 3 "Pagamento del premio e decorrenza della garanzia" e 7 "Proroga dell'assicurazione" delle C.G.A.

Nota informativa

3. Coperture assicurative offerte - Limitazioni ed esclusioni

Malattia garanzie di base è una polizza rimborso spese mediche che prevede le garanzie di seguito indicate.

- 1) **Assistenza sanitaria:** i servizi sono prestati da INTER PARTNER ASSISTENZA SERVIZI S.A. – Rappresentanza generale per l'Italia Via Bernardino Alimena, 111 - 00173 Roma -Tel. +39 06. 42.115.629 - Fax +39 06. 48.70.326 denominata in polizza AXA Assistance (Art. 32 C.G.A.).
- 2) **La garanzia base "Oggetto dell'assicurazione":** rimborso delle spese sostenute dall'Assicurato per ricovero, intervento chirurgico terapeutico e trattamenti terapeutici in day hospital (Art. 11 C.G.A.).
- 3) **Prestazioni sanitarie extra ricovero:** rimborso delle spese per cure ambulatoriali, visite mediche, accertamenti diagnostici, T.A.C., R.M.N., ecc. (Art. 12 C.G.A.);
- 4) **Prestazioni sanitarie ad alta specializzazione:** rimborso delle spese per accertamenti diagnostici ad alta specializzazione (TAC, RMN, ecc.) e delle terapie ambulatoriali rese necessarie da neoplasie, (Art. 13 C.G.A.).
- 5) **Infortunio senza ricovero:** rimborso delle spese sostenute (accertamenti diagnostici, trattamenti rieducativi, ecc.) inerenti all'infornio occorso e effettuate nei 90 giorni successivi alla data dell'infornio stesso (Art. 14 C.G.A.).
- 6) **Assistenza infermieristica ospedaliera:** rimborso delle spese per l'assistenza infermieristica facoltativa durante il ricovero (Art. 15 C.G.A.).
- 7) **Assistenza infermieristica domiciliare:** rimborso delle spese per l'assistenza infermieristica domiciliare (Art. 16 C.G.A.).
- 8) **Rette dell'accompagnatore:** rimborso delle spese per rette di vitto e pernottamento dell' accompagnatore al di fuori dell'Istituto di cura (Art. 17 C.G.A.).

Avvertenza

Esclusioni e limiti delle coperture assicurative

Il contratto prevede alcune limitazioni ed esclusioni alle coperture assicurative, che possono comportare la riduzione o il mancato pagamento dell'indennizzo, regolarmente esplicitate negli articoli delle C.G.A. ed evidenziati in neretto o con retinatura. Si invita a prestare particolare attenzione ai seguenti Artt.: 12 "Prestazioni sanitarie extra ricovero"; 14 "Infortunio senza ricovero"; 15 "Assistenza infermieristica ospedaliera"; 16 "Assistenza infermieristica domiciliare"; 17 "Rette dell'accompagnatore"; 19 "Esclusioni"; 21 "Persone non assicurabili"; 23 "Eventi naturali catastrofici"; 24 "Rischio guerra"; 25 "Prestazioni sanitarie assistenziali"; 32 "Oggetto delle prestazioni" e 33 "Esclusioni - Limiti di esposizione - Responsabilità".

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.: 11 "Oggetto dell'assicurazione"; 12 "Prestazioni sanitarie extra ricovero"; 13 "Prestazioni sanitarie ad alta specializzazione"; All'art. 14 "Infortunio senza ricovero"; All'art. 25 "Prestazioni sanitarie assistenziali" e 32 "Oggetto delle prestazioni".

Esempio di applicazione di Franchigia:

Valore totale del sinistro accertato 5.000,00 euro, franchigia prevista in polizza 1.600,00 per sinistro. Importo liquidato 3.400,00 euro (5.000,00 - 1.600,00 = 3.400,00).

Esempi di applicazione di Scoperto con il minimo:

Valore totale del sinistro accertato 500,00 euro, previsto in polizza scoperto 20% con il minimo di 40,00 euro per sinistro. Importo liquidato 400,00 euro (il 20% di 500,00 = 100,00 di conseguenza 500,00 euro - 100,00 euro = 400,00); poiché il 20% di 500,00 euro è superiore al minimo previsto di 40,00 euro.

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

Valore totale del sinistro accertato 2.500,00 euro, previsto in polizza Scoperto 20% con il minimo di 100,00 euro per sinistro e limite massimo di indennizzo di 1.600,00 euro per sinistro e per anno assicurativo. Importo liquidato 1.600,00 euro poiché l'importo di 2.000,00 euro (pari 2.500,00 - 20% = 500,00 euro) è superiore al limite massimo di indennizzo di 1.600,00 euro.

Nota informativa

Avvertenza

Presenza di limite massimo di età assicurabile

Il contratto prevede un limite massimo di età assicurabile regolato all'art. 20 "Limite 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 contratti sopra indicati prevedono 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'art. 18 "Decorrenza della garanzia - Termini di aspettativa".

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

Avvertenza

Dichiarazioni false e reticenti in sede di **conclusione del contratto**, potrebbero comportare la cessazione dello stesso con la perdita totale o parziale dell'indennizzo/risarcimento, così come disposto dall'art. 1 delle C.G.A.

Avvertenza

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

6. Premi

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

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

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

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

Avvertenza

Sconti sul premio

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

7. Adeguamento del premio e delle somme assicurate

Il contratto, (nella fattispecie le somme assicurate ed il premio), è soggetto ad "adeguamento automatico" in base all'indice di statistica pubblicato dall'ISTAT di Roma secondo le modalità previste dalla clausola "Indicizzazione - Adeguamento automatico" (Art. 37 C.G.A.).

Il premio inoltre è soggetto ad adeguamento automatico in base all'età dell'Assicurato secondo le modalità previste dalla clausola, "Aggiornamento automatico del premio in base all'età dell'Assicurato" delle Condizioni generali di Assicurazione (Art. 36 C.G.A.).

Nota informativa

8. Diritto di recesso

Avvertenza

Diritto di recesso per sinistro

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

Diritto di recesso per età

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

Diritto di recesso alla scadenza contrattuale

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

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

Si rinvia per maggiori dettagli all'Artt. 7 "Proroga dell'assicurazione", 20 "Limite di età" e 5 "Rinunce al diritto di recesso in caso di sinistro delle C.G.A..

9. Prescrizione e decadenza dei diritti derivanti dal contratto

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

10. Legge applicabile al contratto

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

11. Regime fiscale

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

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

Si rinvia all'Art. 8 "Oneri fiscali" delle C.G.A. per gli aspetti di dettaglio.

C - INFORMAZIONI SULLE PROCEDURE LIQUIDATIVE E SUI RECLAMI

12. Sinistri – Liquidazione dell'indennizzo

Avvertenza

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

Per le modalità ed i termini a carico del Contraente/Assicurato di denuncia di sinistro o di richiesta dei servizi di assistenza si rimanda:

- All'art. 27 "Gestione dei sinistri con ricorso alle strutture sanitarie e medici convenzionati con AXA;
- All'art. 28 "Cosa fare in caso di sinistro";
- All'art. 29 "Criteri di liquidazione – Pagamento dell'indennizzo";
- All'art. 32 "Oggetto delle prestazioni";
- All'art. 34 "Richiesta di prestazioni di assistenza - prescrizioni".

La **gestione del servizio di assistenza** è stata da AXA Assicurazioni S.p.A. affidata alla INTER PARTNER ASSISTANCE S.A. – Rappresentanza Generale per l'Italia - Via Bernardino Alimena, 111 - 00173 Roma -Tel. +39 06. 42.115.629 - Fax +39 06. 48.70.326 denominata in polizza AXA Assistance.

13. Assistenza diretta - Convenzioni

Avvertenza

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

Si rimanda all'art. 27 "Gestione dei sinistri con ricorso alle strutture sanitarie e medici convenzionati con AXA.

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

14. Reclami

Eventuali reclami relativi al rapporto contrattuale o alla gestione del sinistro possono essere presentati per iscritto secondo le **seguenti modalità**:

- **mail – reclami@axa.it**
- **posta – AXA Assicurazioni S.p.A. c.a. Ufficio Reclami, Corso Como, 17 – 20154 Milano**
- **fax – 0243448103.**

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 fare riferimento;
- indicazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato;
- breve descrizione del motivo di lamentela;
- ogni altra indicazione e documento utile per descrivere le circostanze.

Sarà cura della Compagnia comunicare gli esiti del reclamo entro il termine di 45 giorni dalla data di ricevimento del reclamo.

Qualora l'esponente non abbia ricevuto risposta dalla Compagnia entro il termine di 45 giorni dalla data di ricevimento del reclamo da parte della Compagnia stessa oppure abbia ricevuto una risposta ritenuta non soddisfacente, è possibile presentare reclamo all'IVASS – Servizio Tutela degli Utenti, Via del Quirinale, 21 – 00187 Roma (fax 06.42.133.745 – 06.42.133.353), corredando il reclamo con:

- nome, cognome ed indirizzo del reclamante, con eventuale recapito telefonico;
- indicazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato;
- breve descrizione del motivo di lamentela;

Nota informativa

- copia del reclamo presentato all'impresa di assicurazione e dell'eventuale riscontro fornito dalla stessa;
- ogni documento utile per descrivere più compiutamente le circostanze.

Qualora l'esponente non abbia ricevuto risposta dalla Compagnia entro il termine di 45 giorni dalla data di ricevimento del reclamo da parte della Compagnia stessa oppure abbia ricevuto una risposta ritenuta non soddisfacente, è possibile presentare reclamo all'IVASS - Servizio Tutela degli Utenti, Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma (fax 06.42.133.745 - 06.42.133.353), corredando il reclamo con:

- nome, cognome ed indirizzo del reclamante, con eventuale recapito telefonico;
- indicazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato;
- breve descrizione del motivo di lamentela;
- copia del reclamo presentato all'impresa di assicurazione e dell'eventuale riscontro fornito dalla stessa;
- ogni documento utile per descrivere più compiutamente le circostanze.

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

E' inoltre possibile presentare reclamo all'IVASS o direttamente al sistema estero competente, chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET, per la risoluzione delle liti transfrontaliere.

In relazione alle controversie inerenti la quantificazione dei danni e l'attribuzione della responsabilità che implichi un accertamento del fatto, si ricorda che permane la competenza esclusiva dell'Autorità Giudiziaria, oltre alla facoltà di ricorrere a sistemi conciliativi ove esistenti.

Resta salva, in ogni caso, la facoltà di adire l'Autorità Giudiziaria".

15. Arbitrato

Avvertenza

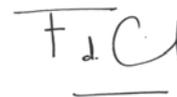
Qualora per la risoluzione di eventuali controversie si dovesse ricorrere in arbitrato, così come regolamentato dall'art. 30 delle C.G.A., si rammenta la possibilità in ogni caso di rivolgersi all'Autorità giudiziaria.

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

AXA ASSICURAZIONI S.p.A.

L'Amministratore Delegato

Frédéric de Courtois



Glossario

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

Assicurato:	il soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione.
Assicurazione:	il contratto di assicurazione.
Centro diagnostico:	poliambulatorio sanitario regolarmente autorizzato per le indagini diagnostiche e/o per gli interventi chirurgici ambulatoriali.
Contraente:	il soggetto che stipula l'assicurazione.
Day hospital:	la degenza in istituto di cura non comportante pernottamento, documentata da cartella clinica.
Difetti fisici:	la mancanza o l'imperfezione non presenti alla nascita, di un organo o di un apparato anche se non note o non diagnosticate alla stipula della polizza.
Franchigia:	parte di indennizzo che rimane a carico dell'Assicurato.
Indennizzo:	la somma dovuta da AXA in caso di sinistro.
Infortunio:	ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili.
Insorgenza:	inizio, ancorché asintomatico, della malattia.
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 e soggiorno e le cliniche aventi finalità dietologiche ed estetiche.
Malattia:	ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio.
Malformazione:	ogni alterazione fisica e/o psichica sviluppatasi durante la vita intrauterina.
Manifestazione:	sintomatologia oggettiva della malattia.
Massimale:	la somma fino alla concorrenza della quale, per ciascun anno assicurativo, AXA presta la garanzia.
Polizza:	il documento che prova l'assicurazione.
Premio:	la somma dovuta dal Contraente ad AXA.
Ricovero:	la degenza, comportante pernottamento, in istituto di cura.
Scoperto:	quota parte delle spese sostenute, espressa in percentuale, che rimane a carico dell'Assicurato.
Sinistro:	il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata l'assicurazione.
AXA:	AXA Assicurazioni S.p.A.
AXA Assistance:	Inter Partner Assistance S.A. – Rappresentanza Generale per l'Italia - Via Bernardino Alimena, 111 - 00173 Roma

malattia/ garanzie di base

condizioni generali di assicurazione

contratto di assicurazione malattia rimborso spese mediche

edizione aprile 2015

Condizioni generali di assicurazione

Norme che regolano l'assicurazione in generale

Art. 1| 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. 2| Altre assicurazioni

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

Art. 3| Pagamento del premio e decorrenza della garanzia (vedasi anche il seguente art.18 "Decorrenza della garanzia - termini di aspettativa")

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

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

Art. 4| Modifiche dell'assicurazione

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

Art. 5| Rinunce al diritto di recesso in caso di sinistro

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

Art. 6| Assicurazione per conto altrui - titolarità dei diritti nascenti dalla polizza

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

Art. 7| Proroga dell'assicurazione

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

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

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

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

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

Condizioni generali di assicurazione

Norme che regolano l'assicurazione in generale

Art. 8| Oneri fiscali

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

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

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

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

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

Art. 9| Foro Competente

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

Art. 10| Rinvio alle norme di legge

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

Condizioni generali di assicurazione

Norme che regolano l'assicurazione malattie

La garanzia base

Art. 11| Oggetto dell'assicurazione

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

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

- 1) onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento; diritti di sala operatoria e materiale di intervento (ivi compresi gli apparecchi terapeutici e le endoprotesi applicati durante l'intervento);
- 2) assistenza medica, cure, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali, esami ed analisi di laboratorio, accertamenti diagnostici;
- 3) rette di degenza fino alla concorrenza di 185,00 euro giornaliera;
- 4) rette per vitto e pernottamento nell'istituto di cura di un accompagnatore;
- 5) prestazioni di cui ai punti precedenti relative al ricovero del donatore per il prelievo, trasporto di organi o parti di essi se l'Assicurato è ricevente, oppure sostenute per l'espianto di organi o parti di essi se l'Assicurato è donatore vivente.

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

- interventi chirurgici, trattamenti terapeutici e visite mediche specialistiche, rette di degenza, medicinali, esami ed analisi di laboratorio, accertamenti diagnostici, praticati in regime di ricovero ai neonati nei primi 60 giorni di vita rese necessarie da malattia anche congenita, da malformazioni, difetti fisici o da infortunio;
- interventi chirurgici sul feto.

B) prima e dopo il ricovero o l'intervento chirurgico senza ricovero per:

- 1) esami ed analisi di laboratorio, accertamenti diagnostici (compresi gli onorari medici) effettuati nei 90 giorni precedenti all'inizio del ricovero o alla data dell'intervento chirurgico senza ricovero purché inerenti la malattia o l'infortunio che hanno determinato il successivo ricovero o intervento chirurgico;
- 2) esami ed analisi di laboratorio, accertamenti diagnostici (compresi gli onorari medici), prestazioni mediche, chirurgiche, prestazioni infermieristiche, trattamenti fisioterapici o rieducativi, cure terminali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera) effettuati nei 90 giorni successivi alla cessazione del ricovero o alla data dell'intervento chirurgico senza ricovero purché inerenti la malattia o l'infortunio che hanno determinato il ricovero o intervento chirurgico;
- 3) l'acquisto o il noleggio, fino ad un massimo di 530,00 euro per persona e per anno assicurativo, effettuati nei 90 giorni successivi al ricovero o alla data dell'intervento chirurgico senza ricovero, purché inerenti la malattia o l'infortunio che hanno determinato il ricovero o intervento chirurgico:
 - dei seguenti apparecchi ortopedici: stampelle, carrozzine, corsetti e tutori;
 - di apparecchi protesici (comprese le protesi acustiche, comunque esclusi occhiali e lenti a contatto);
 - di apparecchiature terapeutiche;
- 4) l'acquisto trasporto dell'Assicurato con mezzo sanitariamente attrezzato idoneo secondo la gravità del caso:
 - per il tragitto fino al pronto soccorso o all'istituto di cura in caso di ricovero;
 - per il trasferimento da un istituto di cura ad un altro;
 - per il rientro al domicilio al momento della dimissione.

Condizioni generali di assicurazione

Norme che regolano l'assicurazione malattie

C) In caso di infortunio o di malattia dell'Assicurato che rendano necessario trattamenti terapeutici in Day hospital:

le spese sostenute durante la degenza sino a concorrenza di 1.057,00 euro per:

- 1) accertamenti diagnostici;
- 2) assistenza medica e infermieristica;
- 3) trattamenti fisioterapici e rieducativi;
- 4) medicinali nonché trattamenti terapeutici per neoplasie;
- 5) retta di degenza fino alla concorrenza di 106,00 euro giornalieri;

in caso di intervento chirurgico in Day Hospital vale quanto previsto dalla lettera A) per l'intervento chirurgico senza ricovero.

Per l'insieme delle prestazioni garantite dalle lettere A) B) e C) del presente art. 11 - "Oggetto dell'Assicurazione" - il pagamento dell'indennizzo all'Assicurato che si sia rivolto a strutture sanitarie e medici non convenzionati ovvero solo medici non convenzionati con AXA o non si sia avvalso del Servizio Sanitario Nazionale, viene effettuato, limitatamente alle strutture e ai soggetti non convenzionati, nella misura dell'80% delle spese effettivamente sostenute rimanendo il restante 20% a carico dell'Assicurato.

D) Indennità Sostitutiva

Nei casi di ricovero indennizzabile a termini di polizza, ivi compreso il parto senza taglio cesareo e l'aborto terapeutico è prevista, nei termini seguenti, un'indennità sostitutiva.

Qualora l'Assicurato non abbia richiesto ad AXA alcun rimborso relativo a spese di cui al punto A) "Spese durante il ricovero o l'intervento chirurgico senza ricovero", AXA corrisponde per ogni giorno di ricovero, un'Indennità Sostitutiva di 80,00 euro con il massimo di 120 giorni per anno assicurativo.

Tale indennità è ridotta al 50% in caso di day hospital. Il primo e l'ultimo giorno di ricovero sono considerati una sola giornata. In caso di parto viene corrisposta un'unica Indennità Sostitutiva per ogni giorno di ricovero della sola puerpera, indipendentemente dal ricovero di uno o più neonati.

Per l'insieme delle prestazioni garantite dal presente art. 11 - "Oggetto dell'assicurazione", è previsto un massimale annuo per persona e per nucleo assicurato di 53.000,00 euro.

Nell'ambito del massimale assicurato, sono inoltre operanti i seguenti limiti di indennizzo per persona e per evento:

- 1.585,00 euro per tonsille, adenoidi e revisione cavità uterina;
- 2.115,00 euro per cataratta, cheratocono, varicocele, varici, appendiciti, emorroidi, fistole, ascessi perianali e mastopatia fibrocistica;
- 2.640,00 euro per interventi in artroscopia;
- 3.170,00 euro per parto con taglio cesareo, ernie (salvo quelle discali), calcolosi renale e delle vie urinarie, patologie dell'apparato genitale femminile (escluse le neoplasie maligne e isterectomia);
- 5.284,00 euro per ernie discali, isterectomia, patologie della prostata e interventi ricostruttivi di legamenti articolari e meniscectomia non in artroscopia;
- 7.925,00 euro per quadrantectomia e mastectomia;
- 13.210,00 euro per artroprotesi dell'anca.

Condizioni generali di assicurazione

Norme che regolano l'assicurazione malattie

Le prestazioni complementari

(Operanti solo se espressamente richiamate in polizza e corrisposto il relativo premio)

Art. 12 | Prestazioni sanitarie extra ricovero (Visite mediche, esami ed accertamenti diagnostici ambulatoriali, cure ambulatoriali)

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

- 1) onorari relativi a visite mediche rese necessarie da malattia o infortunio dell'Assicurato (escluse le visite mediche ortodontiche);
- 2) esami ed analisi di laboratorio, accertamenti diagnostici resi necessari da malattia o infortunio dell'Assicurato;
- 3) trattamenti fisioterapici e rieducativi resi necessari da infortunio dell'Assicurato purché effettuate nei 360 giorni successivi alla data dell'infortunio stesso.
- 4) onorari relativi a visite mediche, cure dentarie e paradontopatie rese necessarie da infortunio purché comprovato da referto di pronto soccorso (escluse, in ogni caso, le protesi dentarie).

Il rimborso di quanto previsto al presente articolo viene effettuato fino alla concorrenza del 80% delle spese effettivamente sostenute, restando il rimanente 20% a carico dell'Assicurato con il minimo di 40,00 euro, per:

- ogni visita medica di cui al punto 1) e 4);
- ogni serie di accertamenti diagnostici di cui al punto 2) previsti da un'unica prescrizione medica;
- ogni ciclo di trattamenti o cure di cui ai punti 3) e 4) previsti da un'unica prescrizione medica.

Qualora l'Assicurato si rivolga ad un istituto di cura o centro diagnostico convenzionato con AXA, il rimborso di quanto previsto al presente articolo viene effettuato fino alla concorrenza del 80% delle spese effettivamente sostenute, restando il rimanente 20% a carico dell'Assicurato con il minimo di 25,00 euro.

Art. 13 | Prestazioni sanitarie ad alta specializzazione (extra ricovero)

AXA rimborsa all'Assicurato, fino alla concorrenza del massimale indicato in polizza per anno assicurativo e per persona, le spese per prestazioni rese necessarie da malattia o infortunio per gli accertamenti diagnostici ambulatoriali qui di seguito espressamente elencati:

- 1) Angiografia; Ecotomografia vascolare (Doppler - Eco Color Doppler); Risonanza Magnetica Nucleare (R.M.N.); Scintigrafia; Tomografia Assiale Computerizzata (T.A.C.); Ecocardiografia; Ecocardi Doppler; Elettrocardiogramma dinamico (Holter); Mineralogia Ossea Computerizzata (M.O.C.); Test Ergometrico; EEG Mapping; Laparoscopia, Rettoscopia, Esofago gastroduodenoscopia, Pancoloscopia (anche se accompagnate da prelievo biptico);
- 2) terapie ambulatoriali rese necessarie da neoplasie.

Il rimborso di quanto previsto al presente articolo viene effettuato fino alla concorrenza del 80% delle spese effettivamente sostenute, restando il rimanente 20% a carico dell'Assicurato con il minimo di 40,00 euro per ogni serie di accertamenti diagnostici o per ogni ciclo di trattamenti o cure previsti da un'unica prescrizione medica.

Qualora l'Assicurato si rivolga ad un istituto di cura o centro diagnostico convenzionato con AXA, il rimborso di quanto previsto al presente articolo viene effettuato fino alla concorrenza del 80% delle spese effettivamente sostenute, restando il rimanente 20% a carico dell'Assicurato con il minimo di 25,00 euro.

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

Condizioni generali di assicurazione

Norme che regolano l'assicurazione malattie

Le prestazioni accessorie

(Operanti solo se espressamente richiamate in polizza e corrisposto il relativo premio)

Art. 14| Infortuni senza ricovero

In caso di infortunio dell'Assicurato indennizzabile a termini di polizza (sempre che comprovato da referto di pronto soccorso) che non comporti ricovero, AXA rimborsa all'Assicurato, fino alla concorrenza del massimale indicato in polizza per persona e per anno assicurativo, le spese per:

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

inerenti all'infortunio occorso e purché effettuate nei 90 giorni successivi alla data dell'infortunio stesso.

Art. 15| Assistenza infermieristica ospedaliera

AXA rimborsa le spese sostenute e documentate dall'Assicurato per l'assistenza infermieristica facoltativa durante il ricovero, reso necessario da infortunio o malattia, fornita da personale infermieristico professionale, per un periodo massimo di 30 giorni per ciascun ricovero e fino a concorrenza dell'importo giornaliero convenuto.

Art. 16| Assistenza infermieristica domiciliare

AXA rimborsa le spese sostenute e documentate dall'Assicurato per l'assistenza infermieristica domiciliare immediatamente successiva a ricovero, reso necessario da infortunio o malattia, fornita da personale infermieristico professionale, per un periodo massimo di 30 giorni dalla data di cessazione del ricovero (per un periodo massimo di 60 giorni per anno assicurativo e per persona) e fino a concorrenza dell'importo giornaliero convenuto.

Art. 17| Rette dell'accompagnatore (al di fuori dell'Istituto di cura)

Nel casi di ricovero dell'Assicurato reso necessario da infortunio o malattia, AXA rimborsa le spese sostenute per rette di vitto e pernottamento dell'accompagnatore al di fuori dell'istituto di cura, per un periodo non superiore a 30 giorni per ciascun ricovero e fino alla concorrenza dell'importo giornaliero convenuto.

Condizioni generali di assicurazione

Norme che regolano l'assicurazione malattie

Le limitazioni

Art. 18 | Termini di aspettativa

Fermo quanto previsto dall'art. 3 - "Pagamento del premio" la garanzia è valida dalle ore 24:

- del giorno di effetto dell'assicurazione, per gli infortuni occorsi successivamente a tale data;
- del 30° giorno successivo a quello di effetto dell'assicurazione, per le malattie;
- del 180° giorno successivo a quello di effetto dell'assicurazione, per le conseguenze di stati patologici, sottoposti ad accertamenti o curati anteriormente alla stipulazione dell'assicurazione, dichiarati dall'Assicurato e se accettati da AXA con specifica clausola aggiuntiva, nonché per le conseguenze di stati patologici non conosciuti dall'Assicurato ma insorti, secondo giudizio medico, anteriormente alla stipulazione della polizza;
- del 360° giorno successivo a quello di effetto dell'assicurazione per le varici, le emorroidi ed il parto.

Per le malattie dipendenti da gravidanza e per l'aborto terapeutico, la garanzia è operante con il termine di aspettativa di 120 giorni, purché la gravidanza abbia avuto inizio in un momento successivo a quello di effetto dell'assicurazione.

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

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

Art. 19 | Esclusioni

L'assicurazione non è operante per:

- 1) malattie e stati patologici conosciuti e/o diagnosticati anteriormente alla stipulazione del contratto sottaciuti ad AXA con dolo o colpa grave, all'atto della stipula del contratto;
- 2) le prestazioni sanitarie e la cura delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, ivi compresi i comportamenti nevrotici e loro conseguenze e complicanze;
- 3) le prestazioni sanitarie e le cure relative a psicoterapia e/o altre prestazioni terapeutiche relative a depressione, stati d'ansia e tutti i disturbi mentali, ivi compresi quelli comportamentali, riconosciuti dal DSM IV (Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali);
- 4) le prestazioni sanitarie e le cure per infertilità, sterilità maschile e femminile, fecondazione assistita e simili, impotenza;
- 5) l'aborto volontario non terapeutico;
- 6) la cura di intossicazioni conseguenti ad abuso di alcoolici o ad uso non terapeutico di psicofarmaci, di stupefacenti o di allucinogeni;
- 7) gli infortuni causati dallo stato di ubriachezza dell'Assicurato o dall'effetto di allucinogeni, stupefacenti o psicofarmaci assunti non a scopo terapeutico dall'Assicurato;
- 8) gli infortuni avvenuti durante la guida di veicoli causati da crisi epilettiche dell'Assicurato;
- 9) gli infortuni conseguenti ad azioni delittuose compiute o tentate dall'Assicurato, intendendosi invece compresi quelli sofferti in conseguenza di imprudenza o negligenza anche gravi dell'Assicurato stesso;
- 10) le prestazioni sanitarie, le cure e gli interventi per l'eliminazione o correzione di difetti fisici, se non insorti in corso di contratto e salvo quanto previsto per i neonati;
- 11) le prestazioni sanitarie, le cure e gli interventi per la eliminazione o correzione di malformazioni, salvo quanto previsto per i neonati e salvo le malformazioni di cui l'Assicurato sia portatore inconscio;
- 12) la correzione della miopia, astigmatismo, ipermetropia;
- 13) le prestazioni sanitarie, le applicazioni, le cure e gli interventi di carattere estetico (salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da neoplasie maligne nei 360 giorni successivi all'intervento chirurgico demolitivo, o da infortunio comprovato da referto di pronto soccorso, purché effettuati durante la validità del contratto);

Condizioni generali di assicurazione

Norme che regolano l'assicurazione malattie

- 14) le protesi dentarie nonché le prestazioni sanitarie e le cure odontoiatriche ed ortodontiche (comprese le paradontiopatie) - salvo quanto previsto dal punto 4) dell'art. 12 - "Prestazioni sanitarie extra ricovero";
- 15) le prestazioni sanitarie non riconosciute dalla medicina ufficiale nonché quelle non effettuate da medici o paramedici abilitati all'esercizio dell'attività professionale;
- 16) le conseguenze dirette od indirette di trasformazione o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e delle accelerazioni di particelle atomiche (fissione o fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);
- 17) le conseguenze di movimenti tellurici, inondazioni ed eruzioni vulcaniche (salvo quanto previsto dall'art. 23 -"Eventi naturali catastrofici");
- 18) le conseguenze di guerre (dichiarate o non dichiarate), insurrezioni, (salvo quanto previsto dall'art. 24 - "Rischio guerra");
- 19) le conseguenze di tumulti popolari, atti violenti od aggressioni, cui l'Assicurato abbia preso parte attiva;
- 20) le prestazioni sanitarie e le cure fitoterapiche, idropiniche, dietetiche e termali (salvo per quest'ultime quanto previsto dalla lettera B) punto 2) dell'art. 11 - "Oggetto dell'assicurazione");
- 21) i trattamenti terapeutici di agopuntura, salvo quelli effettuati da personale medico durante il ricovero;
- 22) gli infortuni causati dalla pratica di sports aerei in genere o dalla partecipazione a gare motoristiche non di regolarità pura ed alle relative prove.

Art. 20| Limite di età

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

Art. 21| Persone non assicurabili

Non sono assicurabili, indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute, le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza, sindrome da immunodeficienza acquisita (A.I.D.S.) e sieropositività da H.I.V..

L'assicurazione cessa immediatamente di avere efficacia con il loro manifestarsi (fermo quanto previsto dall'art. 25 - "Prestazioni sanitarie assistenziali").

Condizioni generali di assicurazione

Norme che regolano l'assicurazione malattie

Le estensioni

Art. 22 | Validità Territoriale

L'assicurazione vale per il mondo intero.

Art. 23 | Eventi naturali catastrofici

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

Art. 24 | Rischio guerra

La garanzia vale anche per gli infortuni derivanti da stato di guerra (dichiarata o non dichiarata) o di insurrezione popolare, per il periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità o dell'insurrezione, se ed in quanto l'Assicurato risulti sorpreso dallo scoppio degli eventi di cui sopra mentre si trova all'estero in un Paese sino ad allora in pace. Sono comunque esclusi dalla garanzia gli infortuni derivanti dalle predette cause (guerra ed insurrezione popolare) che colpissero l'Assicurato nel territorio della Repubblica Italiana, della Città del Vaticano e della Repubblica di San Marino.

Art. 25 | Prestazioni sanitarie assistenziali

In caso di infezione da H.I.V. o sindrome da immunodeficienza acquisita (A.I.D.S.), a parziale deroga dell'art. 21 - "Persone non assicurabili", AXA rimborsa fino a concorrenza di **16.000,00** euro le spese previste dalle lettere A) e C) dell'art. 11 - "Oggetto dell'assicurazione" sostenute dall'Assicurato per il periodo massimo di 120 giorni dalla prima manifestazione della malattia.

Trascorso tale termine l'assicurazione cessa di avere efficacia.

Art. 26 | Rinuncia al diritto di rivalsa

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

Condizioni generali di assicurazione

Norme che regolano l'assicurazione malattie

Il sinistro

Art. 27 | Gestione dei sinistri con ricorso alle strutture sanitarie e medici convenzionati con Axa

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

Le strutture convenzionate sono reperibili 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 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 chirurghi 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 chirurghi convenzionati.

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

Art. 28 | Cosa fare in caso di sinistro

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

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

La Centrale Operativa è accessibile attraverso i seguenti contatti:

Numero Verde 800.133.333 per chiamate dall'Italia
Numero +39.011.74.17.288 per chiamate dall'Estero

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

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

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

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.

La denuncia deve essere corredata dalla documentazione medica richiesta, come disposto dal successivo art. 29 - "Criteri di liquidazione- Pagamento dell'indennizzo".

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

Condizioni generali di assicurazione

Norme che regolano l'assicurazione malattie

Art. 29 | Criteri di liquidazione – pagamento dell'indennizzo

1) Utilizzo di strutture sanitarie e medici chirurghi convenzionati con AXA

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

- RICOVERO, DAY HOSPITAL o INTERVENTO CHIRURGICO SENZA RICOVERO, AXA pagherà direttamente o farà pagare, in nome e per conto dell'Assicurato, le spese sostenute per prestazioni sanitarie previste dal contratto (ferme eventuali franchigie o limiti di indennizzo);
- PRESTAZIONI SANITARIE SENZA RICOVERO (visite mediche specialistiche, esami ed analisi, accertamenti diagnostici, trattamenti e terapie) resterà a carico dell'Assicurato solamente l'eventuale scoperto, franchigia o eccedenza rispetto al massimale previsti dal contratto. AXA si riserva, prima di provvedere ad autorizzare (o meno) l'effettuazione della prestazione in convenzione, di chiedere copia della prescrizione del medico curante con la presunta patologia e/o la relativa diagnosi.

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

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

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

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

Qualora l'Assicurato in caso di RICOVERO, DAY HOSPITAL o INTERVENTO CHIRURGICO SENZA RICOVERO ritenga di avvalersi delle strutture convenzionate e di medici non convenzionati, fermo quanto previsto dal punto 1), l'Assicurato dovrà provvedere direttamente al pagamento degli onorari dei professionisti non convenzionati e successivamente chiederne il rimborso il rimborso direttamente ad AXA.

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

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

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

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

Condizioni generali di assicurazione

Norme che regolano l'assicurazione malattie

In caso di:

- RICOVERO, DAY HOSPITAL o INTERVENTO CHIRURGICO SENZA RICOVERO, alla richiesta di rimborso va allegata copia di fatture, notule o ricevute quietanzate e copia conforme della cartella clinica completa
- PRESTAZIONI SANITARIE SENZA RICOVERO (visite mediche specialistiche, esami ed analisi, accertamenti diagnostici, trattamenti e terapie, acquisto o noleggio di apparecchi ortopedici, protesici o terapeutici) alla richiesta di rimborso vanno allegati copia del certificato del medico curante che ha prescritto le prestazioni con la presunta patologia e/o la relativa diagnosi e delle notule, fatture o ricevute quietanzate;
- PRESTAZIONI SANITARIE IN CASO DI INFORTUNI SENZA RICOVERO alla richiesta di rimborso vanno allegati il referto del pronto soccorso, il certificato del medico curante che ha prescritto le prestazioni con la presunta patologia e/o la relativa diagnosi e copia delle notule, fatture o ricevute quietanzate;
- RETTE DELL'ACCOMPAGNATORE, ASSISTENZA INFERMIERISTICA OSPEDALIERA e/o DOMICILIARE, alla richiesta di rimborso vanno allegati le copie dei documenti comprovanti le spese sostenute e copia conforme della cartella clinica completa;
- SPESE DI TRASPORTO, alla richiesta di rimborso vanno allegati le copie dei documenti comprovanti le spese sostenute.

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

AXA restituirà gli eventuali originali ricevuti.

Qualora l'Assicurato abbia presentato a terzi l'originale delle notule, fatture o ricevute per ottenerne il rimborso, il pagamento di quanto dovuto a termini del presente contratto avviene dietro 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.

4) Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

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

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

5) Richiesta dell'Indennità sostitutiva

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

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

Il pagamento dell'indennizzo viene effettuato, a cura ultimata, in Italia e in valuta corrente, anche per l'indennità sostitutiva relativa a ricoveri sostenuti all'estero.

Condizioni generali di assicurazione

Norme che regolano l'assicurazione malattie

Art. 30| Controversie – Arbitrato Irrituale

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

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

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

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

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

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

Le prestazioni

Art. 31| Gestione delle prestazioni di assistenza tramite AXA ASSISTANCE

La gestione del servizio di assistenza è stata affidata da AXA a Inter Partner Assistance - Via Bernardino Alimena, 111 - 00173 ROMA - Numero Verde 800.27.13.43 (solo per l'Italia) - Tel. +39.06.42.115.505 (per chiamate dall'estero) - Fax 06.47.43.262 di seguito denominata AXA ASSISTANCE.

Pertanto le prestazioni sotto indicate garantite da AXA saranno gestite per il tramite di AXA ASSISTANCE.

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

Art. 32| Oggetto delle prestazioni

Il servizio di assistenza garantisce alle persone assicurate nei casi di malattia od infortunio, ferme restando la decorrenza della garanzia di cui all'art. 18 - "Decorrenza della garanzia - Termini di aspettativa" e le esclusioni previste dall'art. 19 - "Esclusioni", le seguenti prestazioni:

a) Consulti medici telefonici, invio del medico, invio dell'ambulanza

Qualora, in caso di infortunio o malattia, l'Assicurato non riuscisse a contattare il proprio medico abituale, potrà, mettendosi in comunicazione con il servizio medico di AXA ASSISTANCE, ricevere consigli ed indicazioni sulle prime terapie da seguire. Inoltre, qualora, in seguito al primo contatto telefonico, il servizio medico di AXA ASSISTANCE giudicasse indispensabile una visita medica accurata, e sempre che non sia reperibile il medico abituale dell'Assicurato, AXA ASSISTANCE potrà provvedere gratuitamente ad inviare un suo medico convenzionato al capezzale del paziente *oppure* far trasportare l'Assicurato presso il più vicino centro di pronto soccorso tramite ambulanza secondo la gravità del caso.

b) Collegamento telefonico con la struttura sanitaria (prestazione valida all'estero)

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

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

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

c) Trasporto sanitario

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

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

AXA ASSISTANCE, su richiesta dell'Assicurato o di un suo familiare, provvederà a proprio carico, entro un limite di spesa pari a **2.642,00** euro per l'insieme delle prestazioni di cui sopra relative a ciascun ricovero, ad organizzare ed effettuare il trasporto sanitario tramite il mezzo giudicato più idoneo secondo la gravità del caso. Se necessario, inoltre, provvederà ad assistere l'Assicurato durante il trasporto con personale medico o paramedico.

Eventuali spese eccedenti il suddetto limite di **2.642,00** euro potranno essere rimborsate secondo quanto previsto nella sezione "Diagnosi, cura e convalescenza".

d) Accompagnatore in caso di trasporto sanitario

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

e) Custodia di minori di anni 15

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

f) Messa a disposizione di un infermiere

Nel caso in cui, al momento della dimissione dal luogo di cura ove è stato ricoverato, venisse prescritta all'Assicurato stesso da parte dei medici che lo hanno avuto in cura, una terapia a domicilio (o presso il luogo dove soggiorna), per la quale necessiti la presenza di un infermiere, AXA ASSISTANCE provvederà a reperirlo.

L'Assicurato dovrà usufruire della prestazione entro e non oltre i 7 giorni successivi alla sua dimissione dal luogo di cura.

g) Anticipo delle spese mediche, chirurgiche, farmaceutiche ed ospedaliere sostenute all'estero

Nei limiti di un massimale di 2.642,00 euro, AXA ASSISTANCE può anticipare all'Assicurato, contro rilascio di idonea garanzia od assegno personale, in caso di ricovero all'estero per malattia od infortunio, la somma necessaria al pagamento delle spese mediche, chirurgiche, farmaceutiche ed ospedaliere.

Nel caso in cui l'importo versato da AXA ASSISTANCE superi il massimale assicurato disponibile, ovvero in caso di evento non indennizzabile a termini delle condizioni di polizza, tale somma, o la parte di essa eccedente il massimale assicurato disponibile, dovrà essere rimborsata entro tre mesi dalla messa a disposizione.

h) Reperimento di medicinali urgenti

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

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

ovvero

- inviare direttamente dall'Italia il farmaco richiesto.

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

i) Rientro anticipato

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

h) Trasmissione comunicazioni urgenti (prestazione valida all'estero)

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

Le limitazioni

Art. 33 | Esclusioni, limiti di esposizione, responsabilità

a) Esclusioni

Fermo quanto già previsto all'art. 19 - "Esclusioni", sono escluse:

- le prestazioni o spese non autorizzate specificatamente da AXA ASSISTANCE;
- le opere di ricerca in montagna, in mare o nei deserti.

b) Limiti di esposizione

Fermo massimali previsti da ogni singola prestazione di assistenza devono intendersi:

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

L'organizzazione di una delle assistenze indicate su iniziativa dell'Assicurato o di una terza persona può dar luogo a rimborso solo nel caso in cui AXA ASSISTANCE abbia precedentemente dato il suo accordo sui mezzi da utilizzare. In tal caso AXA ASSISTANCE fornirà all'Assicurato il numero relativo alla sua pratica.

Limitatamente alla prestazione di cui all'art. 32 - "Oggetto delle prestazioni", lettera i) "Rientro anticipato", l'esposizione di AXA ASSISTANCE deve intendersi complementare a quanto l'Assicurato avrebbe dovuto comunque sostenere per il suo ritorno, quali i costi relativi a biglietti aerei, ferroviari o marittimi, pedaggi, costo di carburante, ecc., che devono pertanto considerarsi a suo carico.

In conseguenza di ciò l'Assicurato dovrà consegnare i titoli di trasporto non utilizzati, con la firma di una delega appropriata. AXA ASSISTANCE si incaricherà delle pratiche di rimborso e sarà autorizzata a trattenere le somme ricavate. In difetto l'Assicurato sarà tenuto, entro tre mesi dal rientro, ad intraprendere le pratiche per il rimborso dei biglietti di viaggio non utilizzati ed a versarne le relative somme a AXA ASSISTANCE.

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

c) Responsabilità

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

La richiesta di assistenza

Art. 34 | Richiesta di prestazioni di assistenza - prescrizione

Le prestazioni di assistenza devono essere richieste telefonicamente direttamente a AXA ASSISTANCE (Numero Verde 800.27.13.43 oppure Tel. +39.06.42.115.505 per chiamate dall'Estero o via Fax 06.47.43.262) nel momento in cui si verifica il sinistro e comunque non oltre tre giorni dal verificarsi dell'evento che le rende necessarie.

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

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

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

- numero di polizza;
- cognome e nome dell'Assicurato, suo indirizzo o recapito temporaneo (indirizzo, numero di telefono e di eventuali fax e telex);

nonché, in base al tipo di prestazione richiesta, le altre eventuali informazioni utili all'esecuzione della prestazione stessa.

Art. 35 | Comunicazioni - variazioni

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

Condizioni generali di assicurazione

Condizioni particolari

Condizioni particolari

(Sempre operanti)

Art. 36 | Aggiornamento automatico del premio in base all'età dell'Assicurato

L'assicurazione è stipulata nella forma "Aggiornamento automatico del premio in base all'età dell'Assicurato". Tale forma prevede alla scadenza di ciascuna annualità il rilascio al Contraente di apposita quietanza con premio aggiornato in base all'età a scadenza di ogni Assicurato.

Aggiornamento automatico del premio in base all'età dell'Assicurato					
Età Assicurato	Percentuale aumento premio anno su anno	Età Assicurato	Percentuale aumento premio anno su anno	Età Assicurato	Percentuale aumento premio anno su anno
1 anno	-	26 anni	1,6%	51 anni	2,5%
2 anni	4,0%	27 anni	2,1%	52 anni	2,8%
3 anni	4,4%	28 anni	2,0%	53 anni	2,7%
4 anni	3,7%	29 anni	2,0%	54 anni	2,9%
5 anni	4,1%	30 anni	2,2%	55 anni	2,8%
6 anni	3,9%	31 anni	1,9%	56 anni	3,0%
7 anni	4,4%	32 anni	1,9%	57 anni	2,8%
8 anni	3,6%	33 anni	1,9%	58 anni	2,7%
9 anni	4,0%	34 anni	1,8%	59 anni	2,7%
10 anni	4,3%	35 anni	1,8%	60 anni	2,6%
11 anni	3,7%	36 anni	2,0%	61 anni	3,1%
12 anni	4,0%	37 anni	1,7%	62 anni	3,2%
13 anni	3,9%	38 anni	2,1%	63 anni	3,0%
14 anni	4,1%	39 anni	1,7%	64 anni	3,3%
15 anni	4,0%	40 anni	2,6%	65 anni	3,3%
16 anni	4,9%	41 anni	2,8%	66 anni	3,2%
17 anni	3,6%	42 anni	2,5%	67 anni	3,2%
18 anni	3,8%	43 anni	2,2%	68 anni	3,4%
19 anni	5,3%	44 anni	2,7%	69 anni	3,4%
20 anni	5,4%	45 anni	2,4%	70 anni	3,1%
21 anni	4,2%	46 anni	2,2%	71 anni	3,3%
22 anni	4,1%	47 anni	2,1%	72 anni	3,2%
23 anni	3,3%	48 anni	2,0%	73 anni	3,2%
24 anni	2,2%	49 anni	2,1%	74 anni	3,2%
25 anni	1,6%	50 anni	2,3%	75 anni	-

L'aumento del premio viene determinato per singolo Assicurato applicando al premio della GARANZIA BASE ed ai premi relativi alle PRESTAZIONI COMPLEMENTARI (se prestate) la percentuale prevista dalla tabella sopra indicata in corrispondenza dell'età dell'Assicurato.

Successivamente al premio così determinato, vengono sommati i premi delle restanti garanzie eventualmente prestate, che non prevedono l'aggiornamento automatico del premio in base all'età; all'importo così ottenuto viene quindi applicata l'indicizzazione (come regolato dal successivo art. 37 - "Adeguamento automatico del premio").

Al premio imponibile annuale ottenuto sulla base di quanto sopra indicato, eventualmente suddiviso in base al numero di rate previste dal frazionamento, vengono applicate le relative imposte.

Condizioni generali di assicurazione

Condizioni particolari

Art. 37 | Indicizzazione – adeguamento automatico

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

- a) si stabilisce di adottare l'indice nazionale dei servizi sanitari e spese per la salute generale;
- b) nel corso di ogni anno solare sarà adottato, come base di riferimento iniziale e per gli aggiornamenti, l'indice del mese di giugno dell'anno precedente;
- c) alla scadenza di ogni rata annua se si sarà verificata una variazione dell'indice iniziale o di quello dell'ultimo adeguamento (indice base), le somme assicurate, i massimali, i limiti di indennizzo ed il premio verranno variati in proporzione al rapporto tra indice di scadenza e indice base;
- d) le variazioni decorreranno dalla scadenza della rata annua, dietro il rilascio al Contraente di apposita quietanza aggiornata in base al nuovo indice di riferimento (indice di scadenza).

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

L'adeguamento automatico delle somme assicurate viene applicato dopo la maggiorazione del premio prevista dall'art. 36 - "Aggiornamento automatico del premio in base all'età dell'Assicurato".

- 1469 bis c.c. Clausole vessatorie nel contratto tra professionista e consumatore**
Nel contratto concluso tra il consumatore e il professionista [che ha per oggetto la cessione di beni o la prestazione di servizi](*), si considerano vessatorie le clausole che, malgrado la buona fede, determinano a carico del consumatore un significativo squilibrio dei diritti e degli obblighi derivanti dal contratto.
In relazione al contratto di cui al primo comma, il consumatore è la persona fisica che agisce per scopi estranei all'attività imprenditoriale o professionale eventualmente svolta. Il professionista è la persona fisica o giuridica, pubblica o privata, che, nel quadro della sua attività imprenditoriale o professionale, utilizza il contratto di cui al primo comma.
- 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.
- 1910 c.c. Assicurazione presso diversi assicuratori**
Se per il medesimo rischio sono contratte separatamente più assicurazioni presso diversi assicuratori, l'assicurato deve dare avviso di tutte le assicurazioni a ciascun assicuratore.
Se l'assicurato omette dolosamente di dare l'avviso, gli assicuratori non sono tenuti a pagare l'indennità. Nel caso di sinistro, l'assicurato deve darne avviso a tutti gli assicuratori a norma dell'articolo 1913, indicando a ciascuno il nome degli altri. L'assicurato può chiedere a ciascun assicuratore l'indennità dovuta secondo il rispettivo contratto, purché le somme complessivamente rimosse non superino l'ammontare del danno. L'assicuratore che ha pagato ha diritto di regresso contro gli altri per la ripartizione proporzionale in ragione delle indennità dovute secondo i rispettivi contratti. Se un assicuratore è insolvente, la sua quota viene ripartita fra gli altri assicuratori.

Articoli di legge

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.

Mod. 9045 – Informativa sulla privacy

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

A) Trattamento dei suoi dati personali per finalità assicurative¹

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

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

Il consenso che le chiediamo riguarda anche il trattamento degli eventuali dati sensibili strettamente inerenti alla fornitura dei servizi, e/o prodotti assicurativi e/o delle prestazioni citate⁵ il cui trattamento è ammesso dalle autorizzazioni di carattere generale rilasciate dal Garante per la protezione dei dati personali. Inoltre, esclusivamente per le finalità sopra indicate e sempre limitatamente a quanto di stretta competenza in relazione allo specifico rapporto intercorrente tra lei ed 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 presupposto necessario per lo svolgimento del rapporto assicurativo.

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

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

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

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

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

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

- assicuratori, coassicuratori e riassicuratori; agenti, subagenti, mediatori di assicurazione e di riassicurazione, produttori ed altri canali di acquisizione e gestione di contratti di assicurazione; banche, società di gestione del risparmio, sim; legali; periti; medici; autofficine; centri di demolizione di autoveicoli;
- società di servizi per il quietanzamento; società di servizi a cui siano affidati la gestione, la liquidazione ed il pagamento dei sinistri, tra cui centrale operativa di assistenza, società di consulenza per tutela giudiziaria, cliniche convenzionate; società di servizi informatici e telematici o di archiviazione; società di servizi postali (per trasmissione, imbustamento, trasporto e smistamento delle comunicazioni alla clientela); società di revisione e di consulenza; società di informazione commerciale per rischi finanziari; società di servizi per il controllo delle frodi ed il monitoraggio delle attività di distribuzione; società di recupero crediti;
- società del Gruppo a cui appartiene la nostra Società (controllanti, controllate o collegate, anche indirettamente, ai sensi delle vigenti disposizioni di legge);
- ANIA (Associazione nazionale fra le imprese assicuratrici); organismi associativi e consortili propri del settore assicurativo: Concordato Cauzione Credito 1994, Pool Italiano per l'Assicurazione dei Rischi Atomici, Pool per l'Assicurazione R.C. Inquinamento, Consorzio per la Convenzione Indennizzo Diretto (CID), Ufficio Centrale Italiano (UCI S. c a r.l.), Comitato delle Compagnie di Assicurazioni Marittime in Genova, Comitato delle Compagnie di Assicurazione 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); IVASS (Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni); nonché altri soggetti, quali: UIF (Unità di Informazione Finanziaria presso la Banca d'Italia); Casellario Centrale Infortuni; Ministero delle Infrastrutture - Motorizzazione civile e dei trasporti in concessione; CONSOB (Commissione Nazionale per le Società e la Borsa); COVIP (Commissione di vigilanza sui fondi pensione); Ministero del lavoro e della previdenza sociale; Enti gestori di assicurazioni sociali obbligatorie, quali INPS, INPDAL, INPGI ecc.; Ministero dell'economia e delle finanze - Anagrafe tributaria; Consorzi agricole di difesa dalla grandine e da altri eventi naturali; Magistratura; Forze dell'ordine (P.S.; C.C.; G.d.F.; VV.FF; VV.UU); altri soggetti o banche dati nei confronti dei quali la comunicazione dei dati è obbligatoria L'elenco completo di tutti i predetti soggetti è costantemente aggiornato e può essere conosciuto agevolmente e gratuitamente chiedendolo al Responsabile indicato nell'informativa oppure consultando il sito internet www.axa.it

Mod. 9045 – Informativa sulla privacy

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

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

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

Finalità di utilizzo dei dati personali

Se lei acconsentirà, saremo in grado di:

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

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

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

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

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

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

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

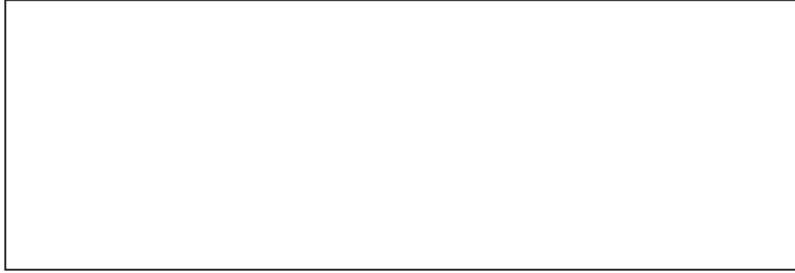
Le precisiamo inoltre che i nostri dipendenti e/o collaboratori di volta in volta interessati nell'ambito delle rispettive mansioni possono venire a conoscenza dei suoi dati quali "responsabili" o "incaricati" del trattamento. L'elenco completo dei responsabili del trattamento è disponibile sul sito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

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

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

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

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



www.axa.it

Il presente fascicolo è aggiornato alla data del 7 aprile 2015.

