Con AXA Protezione Salute **ci impegniamo a**:

- ✓ **orientarLa** nella scelta delle strutture mediche e nella comprensione delle opportunità del sistema sanitario privato e pubblico in Italia;
- ✓ **facilitarLe l'accesso** a strutture private e pubbliche gestendo per Lei anche la prenotazione di visite, esami e ricoveri;
- ✓ **offrirLe** da subito un **Check up personalizzato** per essere al Suo fianco, quando si tratta della Sua salute, dalla prevenzione alla diagnosi, dalla cura alla riabilitazione;
- ✓ **garantirLe**, in caso di gravi patologie, un **parere medico specialistico complementare (Second Opinion)**;

oltre a prevedere un **sistema completo di servizi di assistenza sanitaria e di garanzie assicurative** che, in funzione delle scelte da Lei operate, in caso di malattia o infortunio La terranno indenne da spiacevoli conseguenze economiche (dal rimborso di spese sanitarie a diarie giornaliere, fino all'erogazione di una rendita mensile vitalizia per postumi invalidanti permanenti).

Le ricordiamo che i servizi di assistenza sanitaria e le garanzie assicurative possono essere attivati **contattando telefonicamente la Centrale Medica Operativa** ai numeri riportati su ogni pagina del presente fascicolo.

Secondo la scelta d'acquisto effettuata, sulla Sua polizza sono state riportate, o indicate con un valore o un massimale, tutte le garanzie rese da Lei operanti e per le quali ha pagato un premio.

La informiamo, per maggiore chiarezza, che ogni contratto assicurativo prevede un ambito entro il quale le singole garanzie sono prestate. In AXA Protezione Salute ogni garanzia ha infatti un'apposita sezione che Le chiarisce il relativo "**Ambito e limitazioni**" e tutte le indicazioni su "**Come attivare le prestazioni**".

Infine Le anticipiamo, le **principali esclusioni** di AXA Protezione Salute, inerenti:

- malattie e stati patologici conosciuti e/o diagnosticati anteriormente alla stipulazione del contratto sottaciuti con dolo o colpa grave;
- prestazioni e le cure odontoiatriche ed ortodontiche non conseguenti ad infortunio o neoplasie;
- correzione della miopia, astigmatismo, ipermetropia, presbiopia;
- prestazioni sanitarie, applicazioni, cure e interventi di carattere estetico.

Cordialmente.

AXA ASSICURAZIONI E INVESTIMENTI

Indice

Check up pag. 2

Assistenza sanitaria e Second Opinion

- Orientamento pag. 3
- Emergenza pag. 4
- Disagi di contorno pag. 7
- Second Opinion pag. 7
- Ambito e limitazioni pag. 8
- Come attivare le prestazioni pag. 9

Diagnosi, cura e convalescenza

- **FORMULA COMPLETA: Ricoveri, interventi e day hospital** pag. 11
  - Prima del ricovero o intervento chirurgico senza ricovero
  - Durante il ricovero o intervento chirurgico senza ricovero
  - Dopo il ricovero o intervento chirurgico senza ricovero
  - Durante il day hospital
- **FORMULA INTEGRATIVA: Pre e post ricovero e diaria da ricovero** pag. 14
  - Pre e post ricovero o intervento chirurgico senza ricovero
  - Diaria da ricovero
- **FORMULA SPECIALE: Grandi interventi chirurgici** pag. 16
  - Prima del ricovero per grande intervento chirurgico
  - Durante il ricovero per grande intervento chirurgico
  - Dopo il ricovero per grande intervento chirurgico
- **Garanzie facoltative** pag. 18
  - Diaria da ricovero
  - Diaria da convalescenza post ricovero
  - Visite e analisi
  - Alta specializzazione
  - Infortuni senza ricovero
- Ambito e limitazioni pag. 21
- Come attivare le prestazioni pag. 23

Postumi invalidanti

- Assistenza permanente pag. 27
- Ambito e limitazioni pag. 27
- Come attivare le prestazioni pag. 29

Tutela legale

- Tutela legale pag. 31
- Ambito e limitazioni pag. 32
- Come attivare le prestazioni pag. 33

Norme comuni pag. 35
Dizionario pag. 38
Elenco dei grandi interventi chirurgici pag. 40
Articoli di legge pag. 44
Informativa sulla privacy pag. 46

Perché fare un check up?

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

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

Art. 1 | Le modalità per effettuare il check up

A decorrere dalla stipula della polizza, secondo le modalità sotto riportate, l'Assicurato che abbia compiuto 30 anni può eseguire check up di prevenzione presso le strutture convenzionate:

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

Per poter effettuare il check up, l'Assicurato deve contattare telefonicamente la Centrale Operativa di AXA Assistance, la quale provvederà alla prenotazione presso una delle strutture convenzionate in base alle disponibilità del momento e alla vicinanza al domicilio dell'Assicurato, entro cinque giorni lavorativi dalla richiesta, inviandone conferma secondo la modalità convenuta (telefono, e-mail, fax, lettera, SMS).

Il primo check up è totalmente a carico di AXA. Per i successivi, con frequenza minima triennale (anche in caso di sostituzione di contratto), è richiesta una partecipazione al costo di 75,^{00} euro. Non saranno prese in considerazione richieste di rimborso per esami o visite mediche effettuate e pagate dall'Assicurato senza preventiva richiesta telefonica e relativa prenotazione da parte di AXA Assistance.

AXA e AXA Assistance non verranno a conoscenza degli esiti del check up. Tale documentazione sanitaria potrà essere richiesta solo in caso di denuncia di sinistro, secondo le modalità previste dagli articoli 39 e 46 - "Cosa fare in caso di sinistro".

Premessa

La gestione del **Check up**, di cui alla precedente sezione, e dei successivi servizi di **Assistenza sanitaria e Second Opinion**, è stata affidata da AXA ad Inter Partner Assistenza Servizi S.p.A. - Via Antonio Salandra, 18 - 00187 Roma, di seguito denominata AXA Assistance. Pertanto tutte le prestazioni indicate garantite da AXA saranno gestite per il tramite di AXA Assistance.

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

Orientamento

Art. 2 | Ricerca luoghi e strutture di cura e servizio di prenotazione

Qualora l'Assicurato (o in sua vece un familiare o il medico curante), ricerchi una struttura sanitaria presso la quale richiedere l'effettuazione di una prestazione sanitaria, può contattare telefonicamente la Centrale Operativa di AXA Assistance. Questa proporrà una selezione di strutture, scelte tra quelle convenzionate e non convenzionate in base a criteri di idoneità al caso, di vicinanza al domicilio dell'Assicurato e di tempestività nell'erogazione della prestazione stessa.

AXA Assistance si impegna a garantire una risposta:

- per esami ed analisi di laboratorio, accertamenti diagnostici e visite specialistiche entro il giorno lavorativo successivo alla richiesta;
- per ricoveri, interventi chirurgici o day hospital, entro il secondo giorno lavorativo successivo alla richiesta.

AXA Assistance provvederà alla prenotazione della prestazione sanitaria richiesta presso le strutture convenzionate e non, laddove disponibili, inviandone conferma e comunicazione all'Assicurato secondo la modalità convenuta (e-mail, fax, lettera, SMS).

Il servizio è valido esclusivamente per l'Italia.

Art. 3 | Informazioni su esami ed analisi di laboratorio o accertamenti diagnostici prenotati

AXA Assistance, qualora abbia effettuato la prenotazione per esami ed analisi di laboratorio o accertamenti diagnostici che richiedano una specifica preparazione da parte dell'Assicurato (digiuno, alimenti e/o medicinali da assumere o da evitare, documenti sanitari da portare con sè, ecc), unitamente alla conferma della prenotazione provvederà ad inviare informazioni (a mezzo e-mail, fax o lettera), relative alle procedure e ai comportamenti da tenere per la migliore preparazione dell'esame*.

*: le modalità di preparazione all'esame variano in funzione della tipologia di esame, della struttura dove l'esame viene effettuato e del medico professionista che prescrive l'esame. Pertanto solo effettuando la prenotazione per il tramite di AXA Assistance, quest'ultima potrà garantire l'invio di informazioni sull'esame da effettuare.

Art. 4 | Informazioni sulla sanità in Italia

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

Art. 5| Informazioni sulla sanità all'estero

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

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

(Il servizio ha finalità esclusivamente informative)

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

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

Emergenza

Art. 7| Consulti medici telefonici, invio del medico, invio dell'ambulanza

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

- inviare un suo medico convenzionato al domicilio del paziente;

e/o eventualmente a:

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

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

Art. 8| 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 2.700,^{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 2.700,^{00} euro potranno essere rimborsate secondo quanto previsto nella sezione "Diagnosi, cura e convalescenza", ad AXA Assistance che si è fatta carico di anticipare le spese per conto dell'assicurato.

Art. 9 | Accompagnatore in caso di trasporto sanitario

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

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

Art. 10 | Malattia improvvisa o grave infortunio all'estero

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

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

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

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

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

Art. 11 | Reperimento di medicinali urgenti

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

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

ovvero

- inviare direttamente dall'Italia il farmaco richiesto.

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

Art. 12 | Rientro anticipato da un viaggio per malattia o infortunio di un familiare

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

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

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

Art. 13 | Assistenza di un familiare in caso di ricovero all'estero

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

Art. 14 | Interprete all'estero

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

Art. 15 | Rimpatrio della salma (prestazione valida all'estero)

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

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

Massimale:

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

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

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

Sono escluse dalla prestazione:

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

Disagi di contorno

Art. 16 | Ritiro di esami ed analisi di laboratorio o accertamenti diagnostici

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

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

Art. 17 | Custodia di minori di anni 15

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

Art. 18 | Reperimento di un infermiere

Nel caso in cui, al momento della dimissione dal luogo di cura ove è stato ricoverato l'Assicurato, venisse prescritta allo 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.

Art. 19 | Consulenza psicologica

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

Second Opinion

Premessa

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

Art. 20 | La prestazione

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

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

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

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

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

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

Ambito e limitazioni

Art.21 | Esclusioni, limiti di esposizione e responsabilità

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

Esclusioni

I servizi "Orientamento", "Emergenza", "Disagi di contorno" garantiscono le persone assicurate nei casi di malattia od infortunio, ferme restando la decorrenza della garanzia di cui all'articolo 34 - "Termini di aspettativa" e le esclusioni previste dall'articolo 35 - "Esclusioni". Le disposizioni di tali articoli non trovano applicazione per i servizi "Check up" e "Second Opinion".

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

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

Limiti di esposizione

I massimali previsti da ogni singolo servizio devono intendersi:

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

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

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

Responsabilità

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

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

Come attivare le prestazioni

Art.22 | Come richiedere i servizi di orientamento, di emergenza e per disagi di contorno

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

Numero Verde 800.27.13.43 per chiamate dall'Italia

Tel. +39.06.42.11.55.75 per chiamate dall'Estero

Fax +39.06.47.43.262

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

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

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

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

Art. 23 | Come richiedere il servizio di Second Opinion

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

1) contattare la Centrale Operativa che, verificata la regolarità della richiesta, provvederà all'apertura del dossier comunicando le modalità di svolgimento del servizio ed invierà la "Scheda di informazione personale";
2) spedire ad AXA Assistance (Centrale Operativa Medica - Via Salandra 18 - 00187 Roma):

- la documentazione clinica completa;
- la "Scheda di informazione personale" sottoscritta dallo stesso e dal suo medico curante;
- l'autorizzazione a contattare il suo medico curante;
- l'autorizzazione ad AXA Assistance circa il trattamento dei dati forniti (D.Lgs. n. 196/03).

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

- è a disposizione per aiutare l'Assicurato nella raccolta della documentazione clinica completa (dati anamnestici ed esami diagnostici eseguiti) e nella compilazione della "Scheda di informazione personale";
- verifica la completezza dei dati e della documentazione ed eventualmente richiede nuove specifiche all'Assicurato ed al suo medico curante;
- invia la documentazione completa, con le soluzioni tecnologiche più rapide, ad un centro convenzionato prescelto dall'équipe medica della Centrale Operativa;

- comunica all'Assicurato il nome dello specialista e/o del centro convenzionato a cui è stata inviata la documentazione;
- invia il parere medico complementare all'Assicurato o al suo medico curante, contenente l'opinione dello specialista sul caso clinico, eventuali suggerimenti terapeutici e le risposte alle eventuali domande;
- su esplicita richiesta restituisce la documentazione inviata dall'Assicurato.

Art. 24 | Comunicazioni e variazioni

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

*****

Formula Completa

Art. 25 | Ricoveri, interventi e day hospital

Nei casi di:

- ricovero reso necessario da malattia o infortunio;
- intervento chirurgico terapeutico senza ricovero reso necessario da malattia o infortunio;
- parto o aborto terapeutico, comportanti ricovero;

AXA garantisce le prestazioni indicate nei paragrafi:

- Prima del ricovero o intervento chirurgico senza ricovero;
- Durante il ricovero o intervento chirurgico senza ricovero;
- Dopo il ricovero o intervento chirurgico senza ricovero.

AXA garantisce inoltre la prestazione "Durante il day hospital".

PRIMA del ricovero o intervento chirurgico senza ricovero

AXA rimborsa le spese sostenute dall'Assicurato per:

a) esami ed analisi di laboratorio, accertamenti diagnostici (compresi gli onorari medici) effettuati nei **120 giorni** precedenti l'inizio del ricovero o la data dell'intervento chirurgico senza ricovero purché inerenti la malattia o l'infortunio che hanno determinato il successivo ricovero o intervento chirurgico;

b) il trasporto dell'Assicurato con mezzo sanitariamente attrezzato, idoneo secondo la gravità del caso, per il tragitto fino al pronto soccorso o all'istituto di cura in caso di ricovero.

DURANTE il ricovero o intervento chirurgico senza ricovero

AXA rimborsa le spese sostenute dall'Assicurato per:

c) onorari del chirurgo, del personale medico di supporto all'intervento, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento; diritti di sala operatoria e materiale di intervento (ivi compresi gli apparecchi terapeutici e le endoprotesi applicati durante l'intervento);

d) assistenza medica, cure, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali, esami ed analisi di laboratorio, accertamenti diagnostici;

e) rette di degenza;

f) rette per vitto e pernottamento nell'istituto di cura di un accompagnatore;

g) prestazioni di cui ai punti precedenti relative al ricovero del donatore per il prelievo, trasporto di organi o parti di essi se l'Assicurato è ricevente, oppure sostenute per l'espianto di organi o parti di essi se l'Assicurato è donatore vivente;

h) il trasporto dell'Assicurato con mezzo sanitariamente attrezzato, idoneo secondo la gravità del caso, per il trasferimento da un istituto di cura ad un altro.

i) in caso di parto indennizzabile a termini di polizza le spese **fino a concorrenza di 30.000,^{00}** euro per:
   - interventi chirurgici, trattamenti terapeutici e visite mediche specialistiche, rette di degenza, medicinali, esami ed analisi di laboratorio, accertamenti diagnostici, praticati in regime di ricovero ai neonati **nei primi 60 giorni** di vita rese necessarie da malattia anche congenita e/o da malformazioni, difetti fisici o da infortunio;
   - interventi chirurgici sul feto.

j) Le cure dentarie e l'applicazione di protesi dentarie (comprese il costo di quest'ultime) rese necessarie a seguito di neoplasie o infortunio documentato da referto di pronto soccorso o di ricovero. Relativamente al costo delle protesi dentarie in caso di neoplasie benigne o di infortunio, la garanzia è prestata **fino a concorrenza di 5.000,^{00}** euro per persona e per anno assicurativo, purché le spese siano effettuate durante la validità del contratto e comunque entro 360 giorni dall'infortunio o dal ricovero.

Qualora l'Assicurato non abbia richiesto ad AXA alcun rimborso relativo a spese "Durante il ricovero o intervento chirurgico senza ricovero", AXA corrisponde, per ogni giorno di ricovero, un'**indennità sostitutiva di 140,^{00}** euro con **il massimo di 120 giorni** per anno assicurativo. Il primo e l'ultimo giorno di ricovero sono considerati una sola giornata.

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

La predetta indennità non è soggetta all'applicazione di alcuna franchigia.

DOPO il ricovero o intervento chirurgico senza ricovero

AXA rimborsa le spese sostenute dall'Assicurato per:

k) il trasporto dell'Assicurato con mezzo sanitariamente attrezzato, idoneo secondo la gravità del caso, per il rientro al domicilio al momento della dimissione;

l) esami ed analisi di laboratorio, accertamenti diagnostici (compresi gli onorari medici), prestazioni mediche, chirurgiche, prestazioni infermieristiche, trattamenti fisioterapici o rieducativi, cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera) effettuati nei **120 giorni** successivi alla cessazione del ricovero o alla data dell'intervento chirurgico senza ricovero purché inerenti la malattia o l'infortunio che hanno determinato il ricovero o intervento chirurgico;

m) l'acquisto o il noleggio, **fino ad un massimo di 550,^{00}** euro per persona e per anno assicurativo, effettuati nei **120 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 fisioterapiche purché prescritte da medico specialista;
   - di materasso antidecubito.

Durante il Day Hospital

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

n) accertamenti diagnostici;

o) assistenza medica e infermieristica;

p) trattamenti fisioterapici e rieducativi;

q) medicinali;

r) trattamenti terapeutici per neoplasie;

s) rette di degenza.

In caso di intervento chirurgico in day hospital vale quanto previsto dai punti precedenti.

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

La predetta indennità non è soggetta all'applicazione di alcuna franchigia.

Per l'insieme di tutte le prestazioni garantite dal presente articolo "Ricoveri, interventi e day hospital", sono operanti i seguenti limiti di indennizzo per persona e per evento:

- 3.000,^{00} euro per parto senza taglio cesareo (compreso quello fisiologico avvenuto a domicilio);
- 6.500,^{00} euro per parto con taglio cesareo e per l'aborto terapeutico;
- 6.500,^{00} euro per ernie (salvo quelle discali), varici ed emorroidi, appendiciti solo in caso di intervento chirurgico dell'Assicurato avvenuto in istituti di cura e/o con medici non convenzionati con AXA Assistance;
- 12.000,^{00} euro per ernie discali solo in caso di intervento chirurgico dell'Assicurato, avvenuto in istituti di cura e/o con medici non convenzionati con AXA Assistance.

Art. 26 | Prestazioni sanitarie assistenziali

In caso di infezione H.I.V., sindrome da immunodeficienza acquisita (A.I.D.S.), Alzheimer, Parkinson, a parziale deroga dell'articolo 69 -"Persone non assicurabili", AXA rimborsa fino a concorrenza di 16.000,^{00} euro le spese sostenute dall'Assicurato per il periodo massimo di 120 giorni dalla prima manifestazione della malattia, previste dalle garanzie "Durante il ricovero o intervento chirurgico senza ricovero" o "Durante il day hospital".

Trascorso detto termine l'assicurazione cessa di avere efficacia.

*****

Formula Integrativa

Art. 27 | Pre e post ricovero e diaria da ricovero

Nei casi di:

- ricovero reso necessario da malattia o infortunio;
- intervento chirurgico terapeutico senza ricovero reso necessario da malattia o infortunio;

AXA garantisce le prestazioni indicate nei paragrafi:

- Pre e post ricovero o intervento chirurgico senza ricovero;
- Diaria da ricovero (anche in caso di parto o aborto terapeutico).

Pre e post ricovero o intervento chirurgico senza ricovero

AXA rimborsa le spese sostenute dall'Assicurato, fino alla concorrenza del massimale indicato in polizza nella casella "Pre e post ricovero", per anno assicurativo e per persona:

- **PRIMA del ricovero o intervento chirurgico senza ricovero** per:
  - a) esami ed analisi di laboratorio, accertamenti diagnostici (compresi gli onorari medici) effettuati nei **120 giorni** precedenti l'inizio del ricovero o la data dell'intervento chirurgico senza ricovero purché inerenti la malattia o l'infortunio che hanno determinato il successivo ricovero o intervento chirurgico;
  - b) il trasporto dell'Assicurato con mezzo sanitariamente attrezzato, idoneo secondo la gravità del caso, per il tragitto fino al pronto soccorso o all'istituto di cura in caso di ricovero;
- **DOPO il ricovero o intervento chirurgico senza ricovero** per:
  - c) il trasporto dell'Assicurato con mezzo sanitariamente attrezzato, idoneo secondo la gravità del caso, per il rientro al domicilio al momento della dimissione;
  - d) esami ed analisi di laboratorio, accertamenti diagnostici (compresi gli onorari medici), prestazioni mediche, chirurgiche, prestazioni infermieristiche, trattamenti fisioterapici o rieducativi, cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera) effettuati nei **120 giorni** successivi alla cessazione del ricovero o alla data dell'intervento chirurgico senza ricovero purché inerenti la malattia o l'infortunio che hanno determinato il ricovero o intervento chirurgico;
  - e) l'acquisto o il noleggio, **fino ad un massimo di 550,^{00}** euro per persona e per anno assicurativo, effettuati nei 120 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 fisioterapiche purché prescritte da medico specialista;
    - di materasso antidecubito.

Diaria da ricovero

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

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

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

In caso di Day Hospital conseguente ad infortunio o malattia, AXA corrisponde il 50% della diaria indicata in polizza per ogni giorno documentato da cartella clinica.

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

*****

Formula Speciale

Art. 28 | Grandi interventi chirurgici

AXA rimborsa le spese sostenute dall'Assicurato, in caso di intervento chirurgico, compreso nell'elenco dei grandi interventi chirurgici (elenco a pag. 40) reso necessario da malattia o infortunio:

PRIMA del ricovero per grande intervento chirurgico per:

a) esami ed analisi di laboratorio, accertamenti diagnostici (compresi gli onorari medici) effettuati nei **120 giorni** precedenti l'inizio del ricovero comportante l'intervento chirurgico purché inerenti la malattia o l'infortunio che hanno determinato il successivo intervento chirurgico;

b) il trasporto dell'Assicurato con mezzo sanitariamente attrezzato, idoneo secondo la gravità del caso, per il tragitto fino al pronto soccorso o all'istituto di cura in caso di ricovero.

DURANTE il ricovero per grande intervento chirurgico per:

c) onorari del chirurgo, del personale medico di supporto all'intervento, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento; diritti di sala operatoria e materiale di intervento (ivi compresi gli apparecchi terapeutici e le endoprotesi applicati durante l'intervento);

d) assistenza medica, cure, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali, esami ed analisi di laboratorio, accertamenti diagnostici;

e) rette di degenza;

f) rette per vitto e pernottamento nell'istituto di cura di un accompagnatore;

g) prestazioni di cui ai punti precedenti relative al ricovero del donatore per il prelievo, trasporto di organi o parti di essi se l'Assicurato è ricevente, oppure sostenute per l'espianto di organi o parti di essi se l'Assicurato è donatore vivente;

h) il trasporto dell'Assicurato con mezzo sanitariamente attrezzato, idoneo secondo la gravità del caso, per il trasferimento da un istituto di cura ad un altro;

i) le cure dentarie e l'applicazione di protesi dentarie (comprese il costo di quest'ultime) rese necessarie a seguito di neoplasie o infortunio documentato da referto di pronto soccorso o di ricovero. Relativamente al costo delle protesi dentarie in caso di neoplasie benigne o di infortunio, la garanzia è prestata **fino a concorrenza di 5.000,^{00}** euro per persona e per anno assicurativo, purché le spese siano effettuate durante la validità del contratto e comunque entro 360 giorni dall'infortunio o dal ricovero.

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

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

La predetta indennità non è soggetta all'applicazione di alcuna franchigia.

DOPO il ricovero per grande intervento chirurgico per:

j) il trasporto dell'Assicurato con mezzo sanitariamente attrezzato, idoneo secondo la gravità del caso, per il rientro al domicilio al momento della dimissione;

k) esami ed analisi di laboratorio, accertamenti diagnostici (compresi gli onorari medici), prestazioni mediche, chirurgiche, prestazioni infermieristiche, trattamenti fisioterapici o rieducativi, cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera) effettuati nei **120 giorni** successivi alla cessazione del ricovero che ha comportato l'intervento chirurgico, purché inerenti la malattia o l'infortunio che hanno determinato l'intervento chirurgico;

l) l'acquisto o il noleggio, **fino ad un massimo di 550,^{00}** euro per persona e per anno assicurativo, effettuati nei **120 giorni** successivi alla data dell'intervento chirurgico, purché inerenti la malattia o l'infortunio che hanno determinato l'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 fisioterapiche purché prescritte da medico specialista;
- di materasso antidecubito.

*****

Garanzie facoltative

Art. 29 | Diaria da ricovero

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

In caso di ricovero all'estero Axa corrisponde la diaria indicata in polizza aumentata del 50%. La maggiorazione non è operante per la Città del Vaticano e la Repubblica di San Marino.

In caso di Day Hospital conseguente ad infortunio o malattia, AXA corrisponde il 50% della diaria indicata in polizza per ogni giorno documentato da cartella clinica.

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

Art. 30 | Diaria da convalescenza post ricovero

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

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

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

Questa prestazione non è operante qualora la degenza sia avvenuta in regime di day hospital.

Art. 31 | Visite e analisi

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

a) onorari relativi a visite mediche rese necessarie da malattia, escluse quelle odontoiatriche;

b) onorari relativi a visite mediche rese necessarie da infortunio. Le cure dentarie e delle parodontopatie sono comprese purché l'infortunio sia comprovato da referto di pronto soccorso. Sono comunque escluse le protesi dentarie;

c) esami ed analisi di laboratorio, accertamenti diagnostici resi necessari da malattia o infortunio.

Il rimborso delle spese previste dal presente articolo viene effettuato fino alla concorrenza dell'80% delle spese effettivamente sostenute, restando il rimanente 20% a carico dell'Assicurato con il minimo di 40,^{00} euro, per:

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

Qualora l'Assicurato si rivolga ad un istituto di cura o centro diagnostico convenzionato con AXA Assistance, il minimo a carico dell'Assicurato è ridotto a 25,^{00} euro.

Art. 32 | Alta specializzazione

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

a) Angiografia; Ecotomografia vascolare (Doppler - Eco Color Doppler); Risonanza Magnetica Nucleare (R.M.N.); Scintigrafia; Tomografia Assiale Computerizzata (T.A.C.); Ecocardiografia; Ecocardiodoppler; Elettrocardiogramma dinamico (Holter); Mineralogia Ossea Computerizzata (M.O.C.); Test Ergometrico; EEG Mapping; Laparoscopia, Rettoscopia, Esofago gastroduodenoscopia, Pancolonscopia (anche se accompagnate da prelievo bioptico); Monitoraggio pressione arteriosa 24 ore; Ecocardiogramma mono/bilaterale più color doppler; Fluoroangiografia oculare; Elettromiografia (EMG); Broncoscopia; Cistoscopia; Studio urodinamico.

b) terapie ambulatoriali rese necessarie da neoplasie;

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

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

Qualora l'Assicurato si rivolga ad un istituto di cura o centro diagnostico convenzionato con AXA Assistance, il minimo a carico dell'Assicurato è ridotto a 25,^{00} euro.

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

Art. 33 | Infortuni senza ricovero

In caso di infortunio che non abbia comportato ricovero, ma che sia comprovato da referto di pronto soccorso, AXA rimborsa, fino alla concorrenza del massimale indicato in polizza per anno assicurativo e per persona, le spese effettuate nei **90 giorni** successivi alla data dell'infortunio per:

a) trasporto dell'Assicurato con qualsiasi mezzo sanitariamente attrezzato all'istituto di cura e da qui al suo domicilio;

b) accertamenti diagnostici;

c) onorari per prestazioni mediche ed infermieristiche;

d) trattamenti fisioterapici e rieducativi;

e) cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera).

Diaria da gessatura o traumi

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

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

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

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

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

*****

Ambito e limitazioni

Art. 34 | Termini di aspettativa

Fermo quanto previsto dall'articolo 62 - "Pagamento del premio" le garanzie della presente sezione "Diagnosi, cura e convalescenza" sono valide dalle ore 24:

- del giorno di effetto dell'assicurazione, per gli infortuni occorsi successivamente a tale data;
- del 30° giorno successivo a quello di effetto dell'assicurazione, per le malattie;
- del 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 ed accettati da AXA, nonché per le conseguenze di stati patologici non conosciuti dall'Assicurato ma insorti anteriormente alla stipulazione della polizza;
- del 360° giorno successivo a quello di effetto dell'assicurazione per le varici, le emorroidi e per 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 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 sostituita, per le prestazioni ed i massimali da quest'ultima risultanti;
- dal giorno di effetto della garanzia di cui alla presente polizza, limitatamente alle maggiori somme e alle diverse prestazioni da quest'ultima previste.

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

Art. 35 | 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;
3) le prestazioni sanitarie e le cure relative a psicoterapia e/o altre prestazioni terapeutiche relative a depressione, stati d'ansia o fenomeni comportamentali in genere;
4) le prestazioni sanitarie e le cure per infertilità, sterilità maschile e femminile, fecondazione assistita e simili, impotenza;
5) l'aborto volontario non terapeutico;
6) la cura di intossicazioni conseguenti ad abuso di alcoolici o ad uso non terapeutico di psicofarmaci, di stupefacenti o di allucinogeni;
7) gli infortuni causati dallo stato di ubriachezza dell'Assicurato o dall'effetto di allucinogeni, stupefacenti o psicofarmaci assunti non a scopo terapeutico dall'Assicurato;
8) gli infortuni avvenuti durante la guida di veicoli causati da crisi epilettiche dell'Assicurato;
9) gli infortuni conseguenti ad azioni delittuose compiute o tentate dall'Assicurato, intendendosi

invece compresi quelli sofferti in conseguenza di imprudenza o negligenza anche gravi dell'Assicurato stesso;

10) gli infortuni causati dalla pratica di sports aerei in genere o dalla partecipazione a gare motoristiche non di regolarità pura ed alle relative prove;
11) le prestazioni sanitarie, le cure e gli interventi per l'eliminazione o correzione di difetti fisici evidenti o diagnosticati prima della stipula del contratto e salvo quanto previsto per i neonati;
12) le prestazioni sanitarie, le cure e gli interventi per la eliminazione o correzione di malformazioni, salvo quanto previsto per i neonati e salvo le malformazioni di cui l'Assicurato sia portatore inconscio;
13) la correzione dei vizi di rifrazione (miopia, astigmatismo, ipermetropia e presbiopia);
14) le prestazioni sanitarie, le applicazioni, le cure e gli interventi di carattere estetico (salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da neoplasie maligne nei 360 giorni successivi all'intervento chirurgico demolitivo, o da infortunio comprovato da referto di pronto soccorso, purché effettuate durante la validità del contratto);
15) le protesi dentarie nonché le prestazioni e le cure odontoiatriche ed ortodontiche (comprese le parodontopatie) - salvo quanto previsto dalla lettera j) dell'articolo 25 - "Ricoveri, Interventi e Day Hospital" e dalla lettera b) dell'articolo 31 - "Visite e analisi" e dalla lettera i) dell'articolo 28 "Grandi Interventi chirurgici";
16) le prestazioni sanitarie non riconosciute dalla medicina ufficiale nonché quelle non effettuate da medici o paramedici abilitati all'esercizio dell'attività professionale;
17) le conseguenze dirette od indirette di trasformazione o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e delle accelerazioni di particelle atomiche (fissione o fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);
18) le conseguenze di movimenti tellurici, inondazioni ed eruzioni vulcaniche (salvo quanto previsto dall'articolo 36 - "Eventi naturali catastrofici");
19) le conseguenze di guerre (dichiarate o non dichiarate), insurrezioni, (salvo quanto previsto dall'articolo 37 -"Rischio di guerra");
20) le conseguenze di tumulti popolari, atti violenti od aggressioni, cui l'Assicurato abbia preso parte attiva;
21) le prestazioni sanitarie e le cure fitoterapiche, idropiniche, dietetiche e termali (salvo per queste ultime quanto previsto nelle specifiche garanzie). I trattamenti terapeutici di agopuntura, salvo quelli effettuati da personale medico nei 120 giorni prima, durante e nei 120 giorni dopo il ricovero o di intervento chirurgico senza ricovero;
22) le spese non direttamente inerenti la cura o l'intervento, quali ad esempio spese per telefonate, televisione, bar, ristorante e simili.

Art. 36 | 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. 37 | Rischio di 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.

Come attivare le prestazioni

Art. 38 | Utilizzo di strutture sanitarie e medici convenzionati con AXA Assistance

Nel caso di ricorso alle strutture sanitarie e medici convenzionati, AXA si avvale per la gestione dei sinistri del servizio di Inter Partner Assistenza Servizi S.p.A. - Via Antonio Salandra, 18 - 00187 Roma, di seguito denominata AXA Assistance, per il cui tramite esclusivo ha stipulato specifica convenzione con istituti di cura, centri diagnostici e medici convenzionati.

Al Contraente viene rilasciato l'elenco degli istituti di cura e dei centri diagnostici convenzionati che ha carattere puramente informativo, poiché, successivamente alla stampa dello stesso possono verificarsi delle variazioni; in caso di necessità l'Assicurato dovrà chiedere conferma ad AXA Assistance sia per gli istituti di cura e centri diagnostici che per i medici convenzionati.

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

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

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

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

Art. 39 | Cosa fare in caso di sinistro

In caso di sinistro l'Assicurato o il Contraente deve darne avviso scritto all'Agenzia cui è assegnata la polizza, o direttamente ad AXA Assistance, entro tre giorni da quando ne ha avuto conoscenza, ai sensi dell'articolo 1913 C.C.

L'Assicurato può usufruire del servizio "Ricerca luoghi e strutture di cura e servizio di prenotazione" e, qualora non si avvalga di tale servizio, ma intenda comunque far ricorso alle strutture sanitarie e medici convenzionati, deve preventivamente contattare telefonicamente la Centrale Operativa di AXA Assistance che formalizzerà la denuncia di sinistro e che, previa verifica della posizione amministrativa e clinica, provvederà ad autorizzare o negare l'effettuazione della prestazione in regime di convenzione presso la struttura sanitaria prescelta.

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

La denuncia deve essere corredata dalla documentazione medica richiesta, come disposto dal successivo articolo "Criteri di liquidazione e pagamento dell'indennizzo".

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

Art. 40 | Criteri di liquidazione e pagamento dell'indennizzo

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

Qualora l'Assicurato abbia fatto ricorso alle strutture sanitarie e medici convenzionati, previa autorizzazione della Centrale Operativa di AXA Assistance, 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 Assistance, al fine dell'autorizzazione ad effettuare la visita in convenzione, si riserva di chiedere preventivamente copia della prescrizione del medico curante con la presunta patologia e/o la relativa diagnosi.

Il pagamento che AXA, per il tramite di AXA Assistance, avrà 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 che questa, per il tramite di AXA Assistance, abbia corrisposto 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, per il tramite di AXA Assistance, entro e non oltre 30 giorni dal ricevimento delle stesse. Qualora l'Assicurato non ottemperi nei tempi previsti a quanto sopra, AXA si riserva il diritto di agire giudizialmente nei suoi confronti per ottenere la restituzione di quanto indebitamente liquidato.

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

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 con AXA Assistance, e, successivamente chiederne il rimborso direttamente ad AXA Assistance.

L'Assicurato o i suoi familiari devono pertanto far pervenire direttamente (o tramite l'Agenzia alla quale è assegnata la polizza) ad AXA Assistance gli originali delle fatture, notule o ricevute quietanzate relative ai professionisti non convenzionati.

Il rimborso delle spese sanitarie sostenute verrà effettuato direttamente da AXA Assistance con modalità analoghe a quelle previste dal successivo punto 3).

3) Utilizzo di strutture sanitarie e medici non convenzionati con AXA Assistance o corresponsione di diarie

Qualora l'Assicurato ritenga di non avvalersi delle strutture convenzionate con AXA Assistance e non utilizzi il Servizio Sanitario Nazionale, il rimborso delle spese sanitarie sostenute verrà effettuato con le seguenti modalità.

In caso di:

- **Ricovero, day hospital, o intervento chirurgico senza ricovero**, alla richiesta di rimborso vanno allegati gli originali delle fatture, notule o ricevute quietanzate e copia conforme della cartella clinica completa;

- Prestazioni **sanitarie senza ricovero** (visite mediche specialistiche, esami ed analisi, accertamenti diagnostici, trattamenti e terapie, acquisto o noleggio di apparecchi ortopedici, protesici o fisioterapici) alla richiesta di rimborso vanno allegati il certificato del medico curante che ha prescritto le prestazioni con la presunta patologia e/o la relativa diagnosi e gli originali 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 gli originali delle notule, fatture o ricevute quietanzate;
- **Spese di trasporto**, alla richiesta di rimborso vanno allegati gli originali comprovanti le spese sostenute.

In caso di richiesta di corresponsione di diarie:

- **Diaria da ricovero, da day hospital o day surgery**, l'Assicurato o i suoi familiari devono far pervenire copia conforme della cartella clinica completa;
- **Diaria da convalescenza**, l'Assicurato o i suoi familiari devono far pervenire, oltre alla copia conforme della cartella clinica completa, i certificati medici, in originale, che prescrivono ed indicano la durata della convalescenza. L'eventuale prolungamento della convalescenza deve essere documentato da ulteriori certificati medici.
  Nel caso in cui l'Assicurato non abbia rinnovato i certificati medici, la liquidazione dell'indennizzo viene fatta considerando come data di guarigione quella indicata dall'ultimo certificato regolarmente inviato, salvo che AXA possa stabilire una data anteriore di guarigione;
- **Diaria da gessatura o traumi**, l'Assicurato o i suoi familiari devono far pervenire la documentazione sanitaria in originale (certificato del pronto soccorso o del medico ortopedico-traumatologo) da cui risulta la prescrizione e/o l'applicazione della gessatura nonché quella della sua rimozione. Per i casi di fratture che non comportino gessatura, l'Assicurato o i suoi familiari devono far pervenire la documentazione sanitaria in originale (la radiografia e la prescrizione del medico ortopedico-traumatologo o del pronto soccorso). Nei casi di osteosintesi l'Assicurato o i suoi familiari devono far pervenire copia conforme della cartella clinica completa.

  Qualora l'Assicurato abbia subito un intervento chirurgico e/o sia stato ricoverato in istituto di cura, occorre allegare anche copia conforme della cartella clinica completa.

L'Assicurato o i suoi familiari devono far pervenire direttamente all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza, la suddetta documentazione relativa alla garanzia interessata dal sinistro; inoltre, se richiesto a norma dell'ultimo comma del precedente articolo "Cosa fare in caso di sinistro", devono fornire l'eventuale altra documentazione sanitaria compresi i relativi referti clinici.

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 inoltre restituisce i predetti originali, previa apposizione della data di liquidazione e dell'importo liquidato.

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 avverrà previa dimostrazione delle spese effettivamente sostenute, al netto di quanto a carico dei predetti terzi.

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

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 direttamente all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza copia conforme della cartella clinica completa; inoltre, se richiesto a norma dell'ultimo comma del precedente articolo "Cosa fare in caso di sinistro", devono fornire l'eventuale altra documentazione sanitaria compresi i relativi referti clinici.

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.

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.

L'indennità sostitutiva non è soggetta all'applicazione di alcuna franchigia.

6) Ricoveri ravvicinati

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

Art. 41 | 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.

Assistenza permanente

Art. 42 | Assistenza permanente

AXA corrisponde all'Assicurato la rendita vitalizia mensile rivalutabile indicata in polizza in caso di invalidità permanente definitiva **non inferiore al 66%** della totale, valutata secondo i criteri di cui all'articolo 45 - "Criteri di indennizzabilità", causata da:

- malattia, insorta non oltre la scadenza contrattuale e manifestatasi entro un anno dalla cessazione della polizza;
- infortunio professionale od extraprofessionale.

La corresponsione della rendita vitalizia mensile avviene mediante l'emissione di polizza vita secondo la previsione del successivo art. 47.

Ambito e limitazioni

Art. 43 | Termini di aspettativa

Fermo quanto previsto dall'articolo 62 - "Pagamento del premio" la garanzia della presente sezione "Assistenza permanente" è valida dalle ore 24:

- del giorno di effetto dell'assicurazione, per gli infortuni occorsi successivamente a tale data;
- del 60° giorno successivo all'effetto dell'assicurazione per le malattie insorte dopo tale termine;
- del 180° giorno successivo all'effetto dell'assicurazione per le malattie insorte precedentemente al termine di cui al precedente capoverso non note all'Assicurato all'atto della stipula della presente polizza, purché manifestatesi dopo il 180° giorno successivo all'effetto dell'assicurazione.

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

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

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

Art. 44 | Esclusioni

Fermi i termini di aspettativa di cui al precedente articolo "Termini di aspettativa", sono escluse dall'assicurazione le invalidità permanenti conseguenti o derivanti da:

1) malattie che siano espressione o conseguenza diretta di situazioni patologiche preesistenti alla data di decorrenza della polizza e note all'Assicurato, nonché infortuni subiti prima della decorrenza della medesima, indipendentemente dalla loro dichiarazione sul questionario anamnestico;
2) abuso di alcoolici o uso, a scopo non terapeutico, di psicofarmaci, stupefacenti, allucinogeni e simili;
3) trattamenti estetici, cure dimagranti e dietetiche non effettuati sotto il diretto controllo medico;
4) malattie mentali e disturbi psichici in genere, ivi compresi i comportamenti nevrotici;
5) positività H.I.V. e A.I.D.S. e sindromi ad esse correlate;

6) infortuni derivanti da atti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;
7) patologie determinate da influenze elettro-magnetiche;
8) guida o uso anche come passeggero di mezzi di locomozione aerei, compresi deltaplani e ultraleggeri, salvo l'uso come passeggero di aerei per trasporto pubblico passeggeri;
9) guida di qualsiasi veicolo o natante a motore, se l'Assicurato è privo dell'abilitazione prescritta dalle disposizioni vigenti, salvo il caso di guida con patente scaduta, ma a condizione che l'Assicurato abbia, al momento di sinistro, i requisiti per il rinnovo;
10) pratica di: pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme, alpinismo con scalata di difficoltà superiore al 3° grado della scala di Monaco, free climbing, skeleton, velocità pura su sci, sci estremo, football americano, rugby, hockey, discese su rapide con qualsiasi mezzo, regate o traversate in alto mare effettuate solitariamente, bungee jumping, salti dal trampolino con sci od idrosci nonché sci acrobatico, immersioni con autorespiratore, speleologia, sports aerei in genere quali a puro titolo esemplificativo, paracadutismo, parapendio;
11) pratica di qualsiasi sport esercitato professionalmente;
12) uso, anche come passeggero, di veicoli o natanti a motore in competizioni non di regolarità pura e nelle relative prove;
13) movimenti tellurici, inondazioni o eruzioni vulcaniche, salvo quanto previsto dall'articolo 36 - "Eventi naturali catastrofici";
14) guerra o insurrezioni, salvo quanto previsto dall'articolo 37 - "Rischio di guerra";
15) trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.).

Art. 45 | Criteri di indennizzabilità

AXA corrisponde l'indennità indicata in polizza per le conseguenze dirette causate dalla singola malattia o infortunio.

Qualora la malattia o l'infortunio riguardino un soggetto già affetto da altre patologie e/o invalidità, preesistenti alla stipula della polizza, la valutazione dell'invalidità andrà effettuata in modo autonomo, per le conseguenze che si sarebbero comunque verificate qualora la malattia o l'infortunio avessero riguardato una persona fisicamente integra e sana:

- senza tenere conto del maggior pregiudizio arrecato dalla preesistente condizione menomativa;
- tenendo conto del solo grado di invalidità intervenuta, al netto dell'eventuale preesistente.

In caso di malattia, il grado di invalidità permanente viene valutato non prima che sia decorso il termine di 12 mesi dalla denuncia (elevato a 18 mesi per patologie di natura neoplastica) ed entro un termine massimo di 24 mesi, anche nel caso in cui non siano stabilizzati gli esiti della malattia.

In caso di infortunio, l'indennizzo è dovuto se l'invalidità stessa si verifica, anche successivamente alla scadenza di polizza, entro 24 mesi dal giorno dell'infortunio stesso.

La valutazione dell'invalidità permanente viene effettuata in Italia secondo la tabella di cui all'allegato 1 del D.P.R. 30 giugno 1965, n. 1124 (e successive modifiche della tabella stessa intervenute sino al 30 giugno 2000). Nei casi di invalidità non previsti in tabella, la valutazione verrà effettuata, con riguardo ai casi di invalidità permanente previsti, nella misura della definitiva diminuzione della capacità generica dell'Assicurato ad un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla sua professione.

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

Come attivare le prestazioni

Art. 46 | Cosa fare in caso di sinistro

L'Assicurato, il Contraente o i suoi aventi diritto devono dare avviso scritto all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza oppure ad AXA:

- in caso di infortunio, entro 3 giorni da quando ne hanno avuto la possibilità;
- in caso di malattia entro 15 giorni da quando, secondo parere medico, ci sia motivo di ritenere che la malattia stessa possa interessare la garanzia prestata.

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

La denuncia:

- in caso di infortunio deve contenere l'indicazione del luogo, giorno, ora e dinamica dello stesso;
- in caso di malattia deve essere corredata da certificazione medica circa la natura dell'infermità.

L'Assicurato, acconsentendo al trattamento dei dati personali, a norma del D.Lgs. n. 196/03 (cosiddetta "Legge sulla Privacy") e successive modifiche, sciogliendo dal segreto professionale e d'ufficio i medici che lo hanno visitato o curato e gli enti presso i quali è stato ricoverato o curato ambulatorialmente, ai quali AXA credesse, in ogni tempo, di rivolgersi per informazioni, deve:

- inviare ad AXA informazioni relative al decorso della malattia o infortunio, fornendo anche copia delle cartelle cliniche di eventuali ricoveri ed ogni altro documento atto a contribuire alla valutazione dei postumi invalidanti;
- sottoporsi agli accertamenti e controlli medici disposti da AXA o suoi incaricati;
- fornire ad AXA certificato medico attestante la stabilizzazione degli esiti della malattia.

In caso di malattia, trascorsi 6 mesi dalla data del certificato medico attestante la stabilizzazione degli esiti della malattia e comunque non prima che ne siano decorsi 12 dalla denuncia (18 in caso di patologie di natura neoplastica), l'Assicurato deve presentare specifica certificazione medica attestante il grado di invalidità permanente direttamente ed esclusivamente residuato dalla malattia denunciata. Qualora, trascorso tale periodo, non sia possibile, a giudizio del medico curante, attestare la stabilizzazione degli esiti della malattia, l'Assicurato potrà comunque presentare specifica documentazione medica attestante il grado di invalidità permanente residuata al momento della richiesta. In caso di omissione da parte dell'Assicurato AXA, entro il termine massimo di 24 mesi dalla denuncia, procederà, comunque, alla definizione del grado di invalidità permanente, direttamente ed esclusivamente residuato dalla malattia denunciata, sulla base degli accertamenti e controlli medici disposti.

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

Art. 47 | Corresponsione della rendita vitalizia mensile

Riscontrata l'operatività della garanzia, ricevuta la documentazione indicata all'articolo precedente, effettuate le verifiche del caso e accertata l'invalidità definitiva, AXA ne dà comunicazione scritta all'Assicurato. Ricevuta notizia della sua accettazione, AXA al fine di corrispondere la rendita vitalizia mensile indicata in polizza, emetterà una propria polizza vita a favore dell'Assicurato, la cui sottoscrizione determinerà l'accensione della medesima.

La rendita inizierà ad essere corrisposta dal mese successivo alla data di effetto della polizza vita e fino a quando l'Assicurato sarà in vita. Nella fattispecie, le figure del Contraente, Assicurato e Beneficiario della polizza coincidono. Pertanto, il contratto consisterà nell'impegno di AXA di corrispondere al Beneficiario-Assicurato la rendita vitalizia mensile indicata in polizza che si rivaluta annualmente per effetto dei rendimenti finanziari derivanti dalla speciale gestione degli investi-

menti cui è legata l'assicurazione vita. È garantita inoltre una rivalutazione minima calcolata sulla base del tasso di interesse annuo anticipato (tasso tecnico) in vigore al momento della stipulazione della polizza vita.

La rendita vitalizia non consente valore di riscatto, è di carattere personale e quindi non trasmissibile agli eredi. Nel caso in cui l'Assicurato muoia prima che l'invalidità definitiva sia stata accertata, gli eredi stessi non potranno vantare pretesa alcuna a tale titolo.

Sintesi delle condizioni della polizza vita di cui ai precedenti commi:

- la polizza prevede l'erogazione di una rendita mensile garantita vita natural durante e pari all'importo scelto dall'Assicurato al momento della stipula del presente contratto malattia;
- è garantita una rivalutazione minima calcolata sulla base al tasso tecnico al momento della stipula della polizza vita;
- l'erogazione della rendita è posticipata al mese successivo all'effetto della polizza vita;
- l'erogazione della rendita cessa alla morte del beneficiario e non è trasmissibile ad eredi.

Art. 48 | Cessazione assicurazione

L'assicurazione della presente sezione "Postumi invalidanti" cessa automaticamente dalla successiva scadenza annuale, relativamente al singolo Assicurato, con la corresponsione della rendita vitalizia di cui al precedente articolo.

Art. 49 | Controversie e arbitrato irrituale

Le controversie di natura medica sull'indennizzabilità del sinistro, sul grado di invalidità permanente, sui miglioramenti ottenibili con adeguati trattamenti terapeutici, nonché sull'applicazione dei criteri di indennizzabilità, a norma e nei limiti delle condizioni di polizza, possono essere demandate per iscritto, di comune accordo 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 dalle 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 metà delle spese e competenze per il terzo medico.

È data facoltà al Collegio Medico di rinviare, ove ne riscontri l'opportunità, l'accertamento definitivo dell'invalidità permanente ad epoca da definirsi dal collegio stesso.

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, salvi 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 rifiuti di firmare il relativo verbale, nel qual caso il rifiuto deve essere attestato dagli altri medici nel verbale stesso.

*****

Premessa

AXA si avvale per la gestione dei sinistri di Inter Partner Assistance S.A. - Rappresentanza Generale per l'Italia - Ufficio Tutela Giudiziaria - Via Antonio Salandra, 18 - 00187 Roma - Tel 06.42.118.1 - Fax 06.42.118.273, di seguito denominata IPA, alla quale l'Assicurato può direttamente rivolgersi.

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

Tutela legale

Art. 50 | Tutela legale

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

L'assicurazione comprende i seguenti oneri:

- le **spese per l'intervento del legale incaricato**;
- le eventuali **spese del legale di controparte**, in caso di transazione autorizzata da IPA ai sensi dell'articolo 58 - "Gestione del sinistro tutela legale", **o quelle di soccombenza** in caso di condanna dell'Assicurato;
- le **spese per l'intervento del Consulente Tecnico d'Ufficio, del Consulente Tecnico di Parte e di periti in genere**, purché concordate con IPA ai sensi dell'articolo 58 - "Gestione del sinistro tutela legale";
- le **spese attinenti all'esecuzione forzata** limitatamente ai primi due tentativi esperiti dall'Assicurato.

È garantito l'intervento di un unico legale per ogni grado di giudizio, territorialmente competente ai sensi dell'articolo 56 - "Cosa fare in caso di sinistro e libera scelta del legale".

Art. 51 | Casi assicurati

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

a) nascenti da **pretese inadempienze contrattuali di controparte**, per le quali il valore della lite non sia inferiore a **250,^{00} euro**;

b) relative a danni subiti dall'Assicurato per **fatti illeciti di terzi**;

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

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

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

Art. 52 | Consulenza legale telefonica

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

a) una prima consulenza legale, relativamente ai casi assicurati con la presente sezione;

b) informazioni sulle normative vigenti e sugli adempimenti da rispettare nel caso di ricorso alle autorità giudiziarie;

c) informazioni sul contenuto e sulla portata delle garanzie previste nella presente sezione di polizza.

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

Ambito e limitazioni

Art. 53 | Limiti territoriali della Tutela legale

A deroga dell'articolo 71 - "Limiti territoriali", l'assicurazione è valida per le controversie derivanti da violazioni di norme o inadempimenti verificatisi nella Repubblica Italiana, nella Città del Vaticano e nella Repubblica di San Marino e che, in caso di giudizio, sono trattate davanti all'Autorità Giudiziaria degli stessi Paesi. L'assicurazione si estende alle controversie concernenti la responsabilità di natura extracontrattuale determinata da fatti verificatisi nei Paesi dell'Unione Europea e in Svizzera.

Art. 54 | Decorrenza della garanzia

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

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

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

Art. 55 | Esclusioni

Sono esclusi dalla garanzia:

1) le spese relative a professionisti non iscritti nell'apposito albo professionale ove prescritto dalla legge;

2) le spese per controversie per fatti dolosi del Contraente o dell'Assicurato;

3) il pagamento di multe, ammende e sanzioni in genere;

4) gli oneri fiscali (bollatura documenti e atti, contributo unificato, spese di registrazione di sentenze e atti in genere, ecc.);

5) vertenze per fatti derivanti dall'esercizio dell'attività di lavoro autonomo, dipendente e/o altre tipologie di lavoro professionale;

6) vertenze di natura contrattuale nei confronti di AXA o società ad essa collegate;

7) controversie relative ai sinistri di inquinamento dell'ambiente, salvo che esso sia determinato da fatto accidentale;

8) vertenze relative a sinistri causati da esplosione o di emanazione di calore o di radiazioni provenienti da trasmutazioni del nucleo dell'atomo, come pure in occasione di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;

9) controversie per le quali sia ipotizzabile la responsabilità professionale del legale incaricato, dei periti o dei consulenti tecnici di parte incaricati.

Art. 56 | Cosa fare in caso di sinistro e libera scelta del legale

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

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

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

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

Art. 57 | Fornitura mezzi di prova e documenti occorrenti alla prestazione della garanzia assicurativa

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

a) informare immediatamente IPA in modo completo e veritiero di tutti i particolari del sinistro nonché, indicare i mezzi di prova e documenti e, su richiesta, metterli a disposizione;

b) conferire mandato al legale incaricato della tutela dei suoi interessi, nonché informarlo in modo completo e veritiero su tutti i fatti, indicare i mezzi di prova, fornire ogni possibile informazione e procurare i documenti necessari.

Art. 58 | Gestione del sinistro Tutela legale

Ricevuta la denuncia del sinistro, IPA si adopera per realizzare un bonario componimento della controversia. Ove ciò non riesca, se le pretese dell'Assicurato presentino possibilità di successo, la pratica viene trasmessa al legale scelto nei termini dell'articolo 56 - "Cosa fare in caso di sinistro e libera scelta del legale".

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

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

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

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

Art. 59 | Recupero di somme

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

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

*****

Art. 60 | 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. 61 | 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'articolo 1910 C.C.

Art. 62 | Pagamento del premio

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

Se il Contraente non paga i premi o le rate di premio successivi, 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'articolo 1901 C.C.

Nel caso in cui il pagamento del premio o delle successive rate di premio avvenga con un ritardo superiore ai 90 giorni rispetto alla scadenza stabilita dal contratto, i termini di aspettativa di cui all'art. 34 vengono conteggiati a far data dalle ore 24 del giorno in cui si effettua il pagamento.

Art. 63 | Modifiche dell'assicurazione

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

Art. 64 | Assicurazione per conto altrui e titolarità dei diritti nascenti dalla polizza

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

Art. 65 | Proroga dell'assicurazione

In mancanza di disdetta data da una delle Parti, mediante lettera raccomandata spedita almeno 30 giorni prima della scadenza dell'assicurazione, il contratto è tacitamente prorogato per un anno e così successivamente.

Art. 66 | Cessazione dell'assicurazione

L'assicurazione cessa alla prima scadenza annuale successiva al compimento del:

- 75° anno di età dell'Assicurato relativamente alle garanzie "Diagnosi, cura e convalescenza";
- 65° anno di età dell'Assicurato relativamente alla garanzia "Assistenza permanente".

Art. 67 | Rinuncia al diritto di recesso in caso di sinistro

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

Art. 68 | Rinuncia al diritto di rivalsa

La Società rinuncia, a favore dell'Assicurato o dei suoi aventi diritto, al diritto di surrogazione che le compete ai sensi dell'articolo 1916 C.C.

Art. 69 | Persone non assicurabili

Non sono assicurabili, indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute, le persone affette da alcoolismo, tossicodipendenza, sindrome da immunodeficienza acquisita (A.I.D.S.), sieropositività da H.I.V., da Parkinson, nonché le persone affette dalle seguenti infermità mentali: schizofrenia, forme maniaco depressive o stati paranoici, altre infermità mentali caratterizzate da sindromi organiche cerebrali.

L'assicurazione cessa immediatamente di avere efficacia con il loro manifestarsi (fermo restando quanto previsto dall'articolo 26 - "Prestazioni sanitarie assistenziali" qualora operante).

Art. 70 | Oneri fiscali

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

Art. 71 | Limiti territoriali

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

Art. 72 | Foro competente

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

Art. 73 | Rinvio alle norme di legge

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

Art. 74 | Indicizzazione e adeguamento automatico del premio

Le 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'articolo 75 - "Aggiornamento automatico del premio in base all'età dell'Assicurato".

Art. 75 | Aggiornamento automatico del premio in base all'età dell'Assicurato

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

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

% aumento del premio anno su anno Ricoveri, interventi e day hospital - Grandi interventi chirurgici Visite e analisi – Pre e post ricovero - Diaria da ricovero - Diaria da convalescenza post ricovero - Alta specializzazione						% aumento del premio anno su anno Assistenza permanente					
età anni	Maschi	Femmine	età anni	Maschi	Femmine	età anni	Maschi	Femmine	età anni	Maschi	Femmine
1	-	-	38	3,54%	0,79%	1	-	-	38	3,42%	3,86%
2	39,13%	38,21%	39	2,56%	0,78%	2	-	-	39	3,58%	3,96%
3	4,17%	4,70%	40	3,33%	1,95%	3	-	-	40	3,70%	4,03%
4	17,00%	16,29%	41	4,27%	1,28%	4	-	-	41	3,80%	4,06%
5	3,85%	10,15%	42	3,13%	1,87%	5	-	-	42	3,86%	4,07%
6	11,77%	6,36%	43	2,65%	1,83%	6	-	-	43	3,87%	4,04%
7	4,77%	4,00%	44	3,32%	2,16%	7	-	-	44	3,85%	3,99%
8	3,41%	3,84%	45	3,14%	1,69%	8	-	-	45	3,80%	3,91%
9	4,40%	3,71%	46	3,19%	1,11%	9	-	-	46	3,72%	3,80%
10	4,21%	4,46%	47	3,02%	1,03%	10	-	-	47	3,64%	3,68%
11	5,11%	4,49%	48	3,26%	0,68%	11	-	-	48	3,53%	3,54%
12	3,88%	4,13%	49	3,15%	1,01%	12	-	-	49	3,41%	3,39%
13	3,74%	3,97%	50	3,06%	1,33%	13	-	-	50	3,28%	3,22%
14	3,60%	4,58%	51	4,30%	2,66%	14	-	-	51	3,13%	3,04%
15	4,35%	3,65%	52	3,16%	2,26%	15	-	-	52	3,03%	2,90%
16	3,33%	6,34%	53	3,06%	2,22%	16	-	-	53	2,90%	2,74%
17	2,42%	4,64%	54	3,24%	2,48%	17	-	-	54	2,77%	2,57%
18	3,15%	4,43%	55	3,14%	2,42%	18	-	-	55	2,61%	2,39%
19	2,29%	7,88%	56	4,32%	3,67%	19	-	-	56	2,44%	2,21%
20	2,99%	7,30%	57	3,19%	2,30%	20	-	-	57	2,26%	2,01%
21	3,95%	6,31%	58	3,10%	2,25%	21	-	-	58	2,07%	1,81%
22	2,82%	4,98%	59	3,23%	1,92%	22	-	-	59	1,87%	1,60%
23	2,74%	3,79%	60	3,13%	1,89%	23	-	-	60	1,67%	1,37%
24	3,34%	1,37%	61	4,27%	3,92%	24	-	-	61	1,45%	1,14%
25	2,58%	0,90%	62	3,36%	3,08%	25	-	-	62	1,22%	0,91%
26	2,51%	0,89%	63	3,05%	2,99%	26	-	-	63	0,98%	0,67%
27	3,68%	0,89%	64	3,35%	3,15%	27	-	-	64	0,72%	0,42%
28	2,96%	1,32%	65	3,24%	3,29%	28	-	-	65	0,47%	0,18%
29	2,87%	1,30%	66	4,14%	4,18%	29	-	-	66	-	-
30	2,79%	1,71%	67	3,23%	3,08%	30	-	-	67	-	-
31	3,26%	2,88%	68	3,30%	3,42%	31	1,73%	2,16%	68	-	-
32	2,63%	1,25%	69	3,36%	3,51%	32	2,02%	2,52%	69	-	-
33	3,08%	0,82%	70	7,22%	6,96%	33	2,30%	2,84%	70	-	-
34	2,99%	0,82%	71	3,31%	3,29%	34	2,57%	3,13%	71	-	-
35	2,90%	0,81%	72	3,35%	3,00%	35	2,82%	3,37%	72	-	-
36	3,29%	0,80%	73	3,39%	2,91%	36	3,04%	3,56%	73	-	-
37	2,73%	0,80%	74	3,28%	3,19%	37	3,25%	3,72%	74	-	-

L'aumento del premio viene determinato per singolo Assicurato applicando al premio delle garanzie 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 precedente articolo 74 - "Indicizzazione e adeguamento automatico del premio").

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

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.

Convalescenza: periodo di tempo successivo alla dimissione dall'istituto di cura, necessario per la guarigione clinica, ovvero per la stabilizzazione dei postumi.

Day hospital: la degenza in istituto di cura senza pernottamento non comportante INTERVENTO CHIRURGICO.

Day Surgery: la degenza in istituto di cura senza pernottamento e comportante INTERVENTO CHIRURGICO terapeutico.

Difetti fisici: la mancanza o l'imperfezione non presenti alla nascita, di un organo o di un apparato anche se non note o non diagnosticate alla stipula della polizza.

Franchigia: parte di indennizzo che rimane a carico dell'Assicurato.

Gessatura: ogni mezzo di contenzione rigido costituito da fasce gessate od altro apparecchio di contenimento comunque immobilizzante prescritto da personale medico. Sono compresi i bendaggi elastici anche se adesivi limitatamente al trattamento o riduzione di una frattura radiograficamente accertata.

Grande intervento chirurgico: l'intervento terapeutico mediante uso di strumenti chirurgici, rientrante nell'Elenco dei grandi interventi chirurgici.

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.

Invalidità permanente: l'incapacità fisica definitiva ed irrimediabile dell'Assicurato a svolgere, in tutto o in parte, un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla professione esercitata.

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.
Relativamente alla garanzia tutela legale, il verificarsi della controversia per la quale è prestata l'assicurazione.

Tutela legale: l'assicurazione Tutela Giudiziaria ai sensi del D.Lgs. n. 209/2005 artt. 163,164,173 e 174 e correlati. (articoli di polizza dal 50 al 59)

AXA: AXA Assicurazioni S.p.A.

AXA Assistance: Inter Partner Assistenza Servizi S.p.A. - Via Antonio Salandra, 18 - 00187 Roma

IPA: Inter Partner Assistance S.A. - Rappresentanza Generale per l'Italia - Via Antonio Salandra, 18 - 00187 Roma

Cardiochirurgia

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

Collo

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

Esofago

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

Pancreas - Milza

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

Stomaco - Duodeno

- Resezione gastrica da neoplasie maligne;
- Gastrectomia totale da neoplasie maligne;
- Resezione gastro-digiunale per ulcera peptica post-anastomotica
- Intervento per fistola gastro-digiuno- colica;

- Gastrectomia allargata da neoplasie maligne.
- Varici gastriche (emostasi).

Fegato e vie biliari

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

Retto - Ano

- Interventi per neoplasie maligne effettuati per via addominoperineale;
- Proctocolectomia totale.
- Prolasso del retto, intervento per via trans-anale o per via addominale.

Intestino

- Colectomia totale;
- Colectomia parziale da neoplasie maligne.
- Diversione bilio-pancreatica (terapia obesità);
- Intervento per megacolon.

Peritoneo

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

Torace

- Resezioni segmentarie e lobectomia;
- Pneumonectomia;
- Interventi per fistole del moncone bronchiale dopo exeresi;
- Interventi per fistole bronchiali-cutanee;
- Pleuropneumonectomia;
- Toracectomia ampia;
- Resezione bronchiale con reimpianto;
- Timectomia per via toracica;

- Toracoplastica totale;
- Interventi per neoplasie maligne del mediastino;
- Interventi per neoplasie maligne della trachea.

Faccia e bocca

- Operazioni demolitrici per tumori del massiccio facciale con svuotamento orbitario;
- Interventi demolitivi per neoplasie maligne della lingua e del pavimento orale con svuotamento della loggia sottomascellare.

Chirurgia del sistema nervoso

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

Chirurgia vascolare

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

Ortopedia e traumatologia

- Disarticolazione interscapolo toracica;
- Emipelvectomia;
- Resezione di corpi vertebrali (somatectomia) e sostituzione con cemento o trapianti;

- Resezioni del sacro;
- Osteosintesi rachidee con placche e viti transpeduncolari;
- Interventi sulle grandi articolazioni e sulle ossa lunghe per neoplasie maligne;
- Artoprotesi di anca per patologia acquisita.

Otorino

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

Urologia

- Nefrectomia allargata per neoplasia;
- Nefro- ureterectomia totale;
- Surrenelectomia.

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

1341 C.C. Condizioni generali di contratto

Le condizioni generali di contratto predisposte da uno dei contraenti sono efficaci nei confronti dell'altro, se al momento della conclusione del contratto questi le ha conosciute o avrebbe dovuto conoscerle usando l'ordinaria diligenza.
In ogni caso non hanno effetto, se non sono specificamente approvate per iscritto, le condizioni che stabiliscono, a favore di colui che le ha predisposte, limitazioni di responsabilità, facoltà di recedere dal contratto o di sospenderne l'esecuzione, ovvero sanciscono a carico dell'altro contraente decadenze, limitazioni alla facoltà di opporre eccezioni, restrizioni alla libertà contrattuale nei rapporti coi terzi, tacita proroga o rinnovazione del contratto, clausole compromissorie o deroghe alla competenza dell'autorità giudiziaria.

1342 C.C. Contratto concluso mediante moduli o formulari

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

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

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

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

Le dichiarazioni inesatte e le reticenze del contraente, relative a circostanze tali che l'assicuratore non avrebbe dato il suo consenso o non lo avrebbe dato alle medesime condizioni se avesse conosciuto il vero stato delle cose, sono causa di annullamento del contratto quando il contraente ha agito con dolo o con colpa grave.
L'assicuratore decade dal diritto d'impugnare il contratto se, entro tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza, non dichiara al contraente di volere esercitare l'impugnazione.
L'assicuratore ha diritto ai premi relativi al periodo di assicurazione in corso al momento in cui ha domandato l'annullamento e, in ogni caso, al premio convenuto per il primo anno. Se il sinistro si verifica prima che sia decorso il termine indicato dal comma precedente, egli non è tenuto a pagare la somma assicurata.
Se l'assicurazione riguarda più persone o più cose, il contratto è valido per quelle persone o per quelle cose alle quali non si riferisce la dichiarazione inesatta o la reticenza.

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

Se il contraente ha agito senza dolo o colpa grave, le dichiarazioni inesatte e le reticenze non sono causa di annullamento del contratto, ma l'assicuratore può recedere dal contratto stesso, mediante dichiarazione da farsi all'assicurato nei tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza.
Se il sinistro si verifica prima che l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza sia conosciuta dall'assicuratore, o prima che questi abbia dichiarato di recedere dal contratto, la somma dovuta è ridotta in proporzione della differenza tra il premio convenuto e quello che sarebbe stato applicato se si fosse conosciuto il vero stato delle cose.

1894 C.C. **Assicurazione in nome o per conto di terzi**

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

1897 C.C. **Diminuzione del rischio**

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

1901 C.C. **Mancato pagamento del premio**

Se il contraente non paga il premio o la prima rata di premio stabilita dal contratto, l'assicurazione resta sospesa fino alle ore ventiquattro del giorno in cui il contraente paga quanto è da lui dovuto.
Se alle scadenze convenute il contraente non paga i premi successivi, l'assicurazione resta sospesa dalle ore ventiquattro del quindicesimo giorno dopo quello della scadenza.
Nelle ipotesi previste dai due commi precedenti il contratto è risoluto di diritto se l'assicuratore, nel termine di sei mesi dal giorno in cui il premio o la rata sono scaduti, non agisce per la riscossione; l'assicuratore ha diritto soltanto al pagamento del premio relativo al periodo di assicurazione in corso e al rimborso delle spese. (…)

1910 C.C. **Assicurazione presso diversi assicuratori**

Se per il medesimo rischio sono contratte separatamente più assicurazioni presso diversi assicuratori, l'assicurato deve dare avviso di tutte le assicurazioni a ciascun assicuratore.
Se l'assicurato omette dolosamente di dare l'avviso, gli assicuratori non sono tenuti a pagare l'indennità.
Nel caso di sinistro, l'assicurato deve darne avviso a tutti gli assicuratori a norma dell'articolo 1913, indicando a ciascuno il nome degli altri. L'assicurato può chiedere a ciascun assicuratore l'indennità dovuta secondo il rispettivo contratto, purché le somme complessivamente riscosse non superino l'ammontare del danno.
L'assicuratore che ha pagato ha diritto di regresso contro gli altri per la ripartizione proporzionale in ragione delle indennità dovute secondo i rispettivi contratti. Se un assicuratore è insolvente, la sua quota viene ripartita fra gli altri assicuratori.

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

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

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

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

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 assicurative[1]

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 legge[2], e/o dati già acquisiti, forniti da lei o da altri soggetti[3]) e deve trattarli nel quadro delle finalità assicurative.
Pertanto le chiediamo di esprimere il consenso per il trattamento dei suoi dati strettamente necessari per la fornitura dei suddetti servizi e/o prodotti assicurativi e/o prestazioni da parte della nostra Società e di terzi a cui tali dati saranno comunicati[4].
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 citate[5] il cui trattamento è ammesso dalle autorizzazioni di carattere generale rilasciate dal Garante per la protezione dei dati personali. Inoltre, esclusivamente per le finalità sopra indicate e sempre limitatamente a quanto di stretta competenza in relazione allo specifico rapporto intercorrente tra lei e la nostra Società, secondo i casi, i suoi dati possono o debbono essere comunicati ad altri soggetti del settore assicurativo o di natura pubblica che operano - in Italia o all'estero - come autonomi titolari, soggetti tutti così costituenti la c.d. "catena assicurativa"[6], in parte anche in funzione meramente organizzativa.

---

[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-italia.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, imbustarnento, 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 Roma, Comitato delle Compagnie di Assicurazioni Marittime in Trieste, ANADI (Accordo Imbarcazioni e Navi da Diporto), SIC (Sindacato Italiano Corpi), Consorzio Italiano per l'Assicurazione Vita dei Rischi Tarati (CIRT), Pool Italiano per la Previdenza Assicurativa degli Handicappati; CONSAP (Concessionaria Servizi Assicurativi Pubblici); ISVAP (Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni Private e di Interesse Collettivo); nonché altri soggetti, quali: UIC (Ufficio Italiano dei Cambi); Casellario Centrale Infortuni; Ministero delle infrastrutture - Motorizzazione civile e dei trasporti in concessione; CONSOB (Commissione Nazionale per le Società e la Borsa); COVIP (Commissione di vigilanza sui fondi pensione); Ministero del lavoro e della previdenza sociale; Enti gestori di assicurazioni sociali obbligatorie, quali INPS, INPDAI, INPGI ecc.; Ministero dell'economia e delle finanze - Anagrafe tributaria; Consorzi agricole di difesa dalla grandine e da altri eventi naturali; Magistratura; Forze dell'ordine (P.S.; C.C.; G.d.F.; VV.FF; VV.UU); altri soggetti o banche dati nei confronti dei quali la comunicazione dei dati è obbligatoria 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-italia.it

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.

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-italia.it.

Modalità di uso dei suoi dati personali: I suoi dati personali sono trattati[7] 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 ì suddetti fini ai soggetti già indicati nella presente informativa, i quali a loro volta sono impegnati a trattarli usando solo modalità e procedure strettamente necessarie per le specifiche finalità indicate nella presente informativa. Nella nostra Società, i dati sono trattati da dipendenti e collaboratori nell'ambito delle rispettive funzioni e in conformità alle istruzioni ricevute, per il conseguimento delle specifiche finalità indicate nella presente informativa; lo stesso avviene presso i soggetti già indicati nella presente informativa a cui i dati vengono comunicati.
Per talune attività utilizziamo soggetti di nostra fiducia – operanti talvolta anche all'estero – che svolgono per

[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.

nostro conto compiti di natura tecnica, organizzativa o gestione[8]; lo stesso fanno anche i soggetti già indicati nella presente informativa a cui i dati vengono comunicati.

I suoi diritti: Lei ha il diritto di conoscere quali sono i suoi dati presso i singoli titolari di trattamento, cioè presso la nostra Società o presso i soggetti sopra indicati a cui li comunichiamo, e come vengono utilizzati; ha inoltre il diritto di farli aggiornare, integrare, rettificare o cancellare di chiederne il blocco e di opporsi al loro trattamento[9].
Per l'esercizio dei Suoi diritti Lei può rivolgersi ad AXA Assicurazioni S.p.A. – Via Leopardi 15 – Milano (MI) – email: centrocompetenzaprivacy@axa-assicurazioni.it.

[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.

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

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