



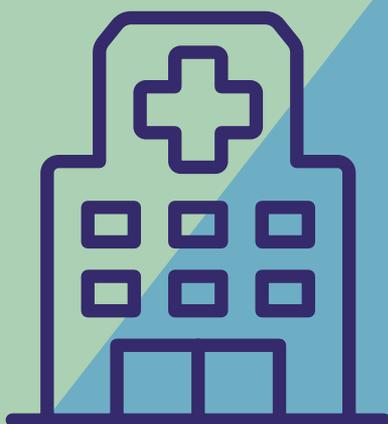
MPS

salute

Formula Benessere

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

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



contratto di assicurazione
salute

edizione novembre 2021 -
modello AMAD0144

AXA MPS Assicurazioni Danni S.p.A.
appartenente al Gruppo Assicurativo AXA Italia



Area Clienti

Vieni a scoprire la tua Area Clienti

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

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



Le tue **coperture assicurative** in essere.



La tua **posizione previdenziale**.



Le tue **condizioni contrattuali**.



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



... e molto altro ancora!



AREA CLIENTI

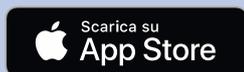
Per maggiori informazioni e assistenza consulta il sito www.axa-mps.it oppure contattaci direttamente

- ✓ Modulo di richiesta online su www.axa-mps.it, sezione **Contatti**
- 💬 **Chat** presente in Area Clienti
- ☎ Numero Verde **800 231 187** (dal lunedì al venerdì 9.00 - 19.00), anche dall'estero **+39 06 45202136**
- ✉ Indirizzo PEC: axampsdanni@legalmail.it



My AXA è la nuova App dedicata a tutti i nostri clienti.

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



Contatti utili

PER DENUNCIARE UN SINISTRO RELATIVO A:

Prima Assistenza, Assistenza 360 – Inter Partner Assistance S.A.

- ☎ Numero Verde **800 300 433**
- ☎ Numero non gratuito **+39 06 42 115 745**

Ricoveri e Interventi, Esami e Visite, Network convenzionato

- 🌐 Portale Web <https://salute.axa.it>
- ✉ AXA Italia Servizi S.c.p.a. Casella Postale 450 - 10121 Torino Centro TO
- ☎ Numero Verde **800 133 316**
- ☎ Numero non gratuito **+39 011 7425663**

PER TUTTE LE ALTRE INFORMAZIONI

- ☎ Numero Verde **800 231 187** (Smart Center)
- ☎ Numero non gratuito **+39 06 45 202 136**
- 🌐 Sito www.axa-mps.it
- @ PEC axampsdanni@legalmail.it
- @ modulo online presente sul sito www.axa-mps.it

PER CONOSCERE LE STRUTTURE CONVENZIONATE

- 🌐 Sito www.axa-mps.it

PER INOLTARE UN RECLAMO

- ✉ AXA MPS Danni - Gestione Reclami - Via Aldo Fabrizi, 9 - 00128 Roma
- @ e-mail reclami.danni@axa-mps.it



MPS

salute

Formula Benessere

**CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE COMPRENSIVE
DEL GLOSSARIO E DELL'INFORMATIVA SULLA PRIVACY**

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

**contratto di assicurazione
salute**

edizione novembre 2021 -
modello AMAD0144

Formula Benessere

Condizioni di Assicurazione

**contratto di assicurazione
sanitaria**
edizione novembre 2021

Glossario	7
Ambito Ricoveri e Interventi	11
Art. 1 - Ricoveri e interventi Network AXA	11
1.1 Prima del ricovero con/senza intervento, day surgery o intervento chirurgico ambulatoriale.....	11
1.2 Durante il ricovero con/senza intervento, day surgery o intervento chirurgico ambulatoriale.....	11
1.3 Dopo il ricovero con/senza intervento, day surgery o intervento chirurgico ambulatoriale.....	12
1.4 Durante il day hospital.....	12
1.5 Limiti d'indennizzo	12
1.6 Scoperti e franchigie.....	12
Art. 2. - Ricoveri e interventi PLUS.....	13
2.1 Prima del ricovero con/senza intervento, day surgery o intervento chirurgico ambulatoriale.....	13
2.2 Durante il ricovero con/senza intervento, day surgery o intervento chirurgico ambulatoriale.....	13
2.3 Dopo il ricovero con/senza intervento, day surgery o intervento chirurgico ambulatoriale.....	13
2.4 Durante il day hospital.....	14
2.5 Limiti d'indennizzo	14
2.6 Scoperti e franchigie.....	14
Art. 3. - Prestazioni sanitarie assistenziali	14
Art. 4. - Ricoveri e interventi.....	14
4.1 Ricoveri, interventi e day hospital	14
4.2 Alta specializzazione e trattamenti fisioterapici.....	16
Check up	17
Ambito Esami e visite	19
Art. 5. - Alta Diagnostica e Fisioterapia	19
Art. 6. - Visite Diagnostica e Fisioterapia	20
Art. 7. - Esami e visite.....	21
Art. 8. - Termini di aspettativa	21
Art. 9. - Esclusioni	21
Tabella 1: Tabella riassuntiva di limiti, franchigie e/o scoperti.....	23
Il sinistro	26
Come attivare le prestazioni.....	26
Art. 10. - Utilizzo di strutture sanitarie e medici convenzionati con AXA	26
Art. 11. - Cosa fare in caso di sinistro	26
Art. 12. - Criteri di liquidazione e pagamento dell'indennizzo	27
Art. 13. - Controversie - Arbitrato irrituale.....	28
Ambito Assistenza	29
Art. 14 - Assistenza 360.....	29
Art. 15 - Prima Assistenza.....	39
Art. 16 - Esclusioni	43
Art. 17 - Limiti di esposizione.....	43
Art. 18 - Responsabilità	44

Tabella 2: Tabella riassuntiva di limiti, franchigie e/o scoperti.....	44
Art. 19 - Come richiedere i servizi di assistenza	44
Art. 20 - Come richiedere il servizio di Second opinion.....	44
Art. 21 - Comunicazioni e variazioni.....	44
Norme Comuni.....	46
Art. 22 - Estensione territoriale.....	46
Art. 23 - Rischio guerra	46
Art. 24 - Eventi naturali catastrofici	46
Art. 25 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio	46
Art. 26 - Altre assicurazioni	46
Art. 27 - Indicizzazione e adeguamento automatico del premio	46
Art. 28 - Aggiornamento automatico del premio in base all'età dell'assicurato e alla provincia di residenza dell'assicurato	46
Art. 29 - Recesso per limite di età	47
Art. 30 - Rinuncia al diritto di recesso in caso di sinistro	47
Art. 31 - Rinuncia al diritto di rivalsa	47
Art. 32 - Persone non assicurabili	47
Art. 33 - Oneri fiscali.....	47
Art. 34 - Modifiche dell'assicurazione.....	48
Art. 35 - Assicurazione per conto altrui	48
Art. 36 - Foro competente	48
Art. 37 - Rinvio alle norme di legge-Glossario.....	48
Art. 38 - Forma delle comunicazioni.....	48
Art. 39 - Paesi soggetti a sanzioni internazionali	48
Art. 40 - Effetto, durata e disdetta del contratto	48
Art. 41 - Effetto, durata e disdetta del contratto stipulato mediante tecniche di comunicazione a distanza	48
Art. 42 - Cambiamento della residenza	49
Art. 43 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio	49
Art. 44 - Limiti di età	49
Art. 45 - Limite massimo dell'indennizzo.....	49
Art. 46 - Colpa grave.....	49
Art. 47 - Buona fede.....	49
Art. 48 - Rinuncia al diritto di surrogazione	49
Art. 49 - Accesso al network convenzionato	49
Articoli di legge.....	50
Informativa generale sul trattamento dei dati personali	52

Per una corretta comprensione delle Condizioni di Assicurazione, consulti il significato convenzionale attribuito ai termini che seguono.

Aborto terapeutico:	interruzione volontaria della gravidanza provocata da determinati trattamenti medici al fine di preservare la salute della madre o di evitare lo sviluppo di un feto segnato da malformazioni o gravi patologie, effettuata nel rispetto di quanto disposto dalla legge italiana.
Assicurato:	il soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione. Per le persone giuridiche il prodotto si rivolge a quei soggetti che abbiano con lo stesso Contraente rapporti di lavoro e/o altre forme di collaborazione.
Assistenza:	la garanzia assicurativa con la quale AXA MPS Danni si impegna a mettere a disposizione dell'Assicurato un aiuto nel caso in cui questi venga a trovarsi in difficoltà a seguito del verificarsi di un evento fortuito. L'aiuto può consistere nella prestazione di un servizio o nella corresponsione di una somma di denaro, ove la prestazione diretta del servizio non fosse possibile.
AXA Assistance:	Inter Partner Assistance S.A. – Rappr. Gen. per l'Italia – Via Carlo Pesenti, 121 – 00156 Roma.
AXA MPS Danni:	AXA MPS ASSICURAZIONI DANNI S.p.A. - Via Aldo Fabrizi 9 - 00128 Roma.
Carenza:	vedi Termini di Aspettativa.
Capitale Assicurato:	l'importo massimo che AXA MPS Danni indennizza in caso di sinistro e riportato in Polizza.
Cartella clinica:	documento ufficiale, redatto durante la degenza, diurna o con pernottamento in istituto di cura, contenente le generalità del paziente per esteso, diagnosi di ingresso e dimissione, anamnesi patologica remota e prossima, interventi chirurgici eseguiti, terapie effettuate, esami e diario clinico, la Scheda di Dimissione Ospedaliera (S.D.O.).
Centro Medico:	struttura dotata di direzione sanitaria, regolarmente autorizzata come da normativa vigente all'erogazione di prestazioni sanitarie diagnostiche o terapeutiche (esami diagnostici strumentali, analisi di laboratorio, utilizzo di apparecchiature elettromedicali, trattamenti fisioterapici e rieducativi). Tale struttura può anche non essere adibita al ricovero, e non deve essere finalizzata a trattamenti di natura estetica.
Contraente:	il soggetto, persona fisica o giuridica, che stipula il contratto di assicurazione a favore degli Assicurati.
Day Hospital:	la degenza in Istituto di cura senza pernottamento, non comportante intervento chirurgico, documentata da cartella clinica.
Day Surgery:	la degenza in Istituto di cura senza pernottamento, comportante intervento chirurgico terapeutico, con redazione di cartella clinica.
Difetti fisici:	la mancanza o l'imperfezione non presenti alla nascita, di un organo o di un apparato anche se non note o non diagnosticate alla stipula della Polizza.
Domicilio:	il luogo, nel Paese di origine, dove l'Assicurato ha stabilito la sede principale dei suoi affari e interessi come risultante da certificato anagrafico.
Familiare:	la persona legata da vincolo di parentela con l'Assicurato (coniuge, convivente di fatto, unito civilmente, figli, padre, madre, fratelli, sorelle, nonni, suoceri, generi, nuore, cognati, zii, cugini, nipoti) e le persone con lui stabilmente conviventi, così come risultante dallo stato di famiglia.
Follow up:	la serie di controlli a cui viene sottoposta una persona in seguito a terapie mediche e/o chirurgiche.

Franchigia:	la parte di indennizzo espressa in cifra fissa che rimane a carico dell'Assicurato.
Garanzia:	la copertura assicurativa per la quale, in caso di sinistro, AXA MPS Danni procede all'indennizzo del danno subito dall'Assicurato e per la quale sia stato pagato il relativo premio, salvo quanto previsto alla voce "Assistenza".
Indennizzo:	la somma dovuta da AXA MPS Danni in caso di sinistro.
Infortunio:	ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili.
Insorgenza:	inizio, ancorché asintomatico, della malattia.
Intervento chirurgico:	atto medico, avente una diretta finalità terapeutica, praticato da laureato in medicina e chirurgia, abilitato presso un Istituto di Cura o un ambulatorio, effettuato tramite una cruentazione dei tessuti o mediante l'utilizzo di sorgenti di energia meccanica, termica o luminosa (laser).
Istituto di cura:	ospedale, clinica, casa di cura o istituto universitario, regolarmente autorizzati, in base ai requisiti di legge e delle competenti Autorità, all'erogazione dell'assistenza sanitaria, anche in regime di degenza diurna e l'hospice unicamente se il ricovero è reso necessario per cure terminali palliative. Sono comunque esclusi gli stabilimenti termali, le case di convalescenza o di lungodegenza e di soggiorno e le cliniche aventi finalità dietologiche, estetiche e di benessere. Si intendono quali ricoveri per lunga degenza quelli determinati da condizioni fisiche dell'Assicurato che non consentono più il miglioramento delle condizioni di salute con trattamenti medici finalizzati al trattamento della patologia principale e che rendono necessaria la permanenza in Istituto di cura per interventi di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento.
Italia:	il territorio della Repubblica italiana, la Repubblica di San Marino e lo Stato della Città del Vaticano.
IVASS:	istituto per la vigilanza sulle Assicurazioni, denominazione assunta da ISVAP dal 1 gennaio 2013.
Malattia:	ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio. La gravidanza non è considerata malattia.
Malformazione:	deviazione dal normale assetto morfologico di un organismo o di parti di suoi organi per condizioni morbose congenite.
Manifestazione:	sintomatologia oggettiva della malattia.
Massimale:	la somma stabilita nella Polizza, fino alla concorrenza della quale, per ciascun sinistro e anno assicurativo, AXA MPS Danni presta la garanzia.
Medicinali:	sono considerati tali quelli che risultano descritti sull'Annuario Italiano dei Medicamenti. Quindi non sono tali i prodotti parafarmaceutici, omeopatici, cosmetici, dietetici, galenici, ecc., anche se prescritti da un medico.
Network:	rete convenzionata, costituita da ospedali ed Istituti di carattere scientifico, Case di cura, Centri Diagnostici e Poliambulatori, nonché da Professionisti Medici che esercitano nell'ambito di questi, per l'erogazione: a. delle prestazioni previste dalla Polizza senza preventivo esborso di denaro da parte dell'Assicurato; b. delle prestazioni non previste dalla Polizza con oneri a carico dell'Assicurato (con l'utilizzo delle tariffe preferenziali previste).
Paese di Origine:	ai termini della presente Polizza si intende l'Italia.

Parti:	il Contraente e AXA MPS Danni.
Polizza:	il documento che prova l'assicurazione.
Premio:	la somma dovuta dal Contraente ad AXA MPS Danni.
Prestazione di assistenza:	il servizio erogato all'Assicurato nel momento del bisogno.
Questionario Sanitario:	documento contenente le informazioni sullo stato di salute dell'Assicurato, compilato e sottoscritto dal medesimo o dalla persona che esercita la potestà, che costituisce parte integrante della polizza.
Residenza:	il luogo dove l'Assicurato ha stabilito la sua dimora come risultante da certificato anagrafico.
Ricovero:	la degenza, comportante almeno un pernottamento, in Istituto di cura pubblico o privato regolarmente autorizzato all'erogazione dell'assistenza ospedaliera (esclusi stabilimenti termali e documentata da cartella clinica).
Rischio:	la probabilità che si verifichi il sinistro.
Scoperto:	la parte di danno, indennizzabile a termini di Polizza, espressa in percentuale, che rimane a carico dell'Assicurato.
Sinistro:	il verificarsi dell'evento dannoso per il quale è prestata l'assicurazione.
Struttura Organizzativa:	la struttura organizzativa della INTER PARTNER ASSISTANCE S.A., Via Carlo Pesenti 121 – 00156 Roma, costituita da risorse umane ed attrezzature, in funzione 24 ore su 24 e tutti i giorni dell'anno, che in virtù di preesistente convenzione con AXA MPS Danni provvede a garantire il contatto telefonico con l'Assicurato, organizzare gli interventi sul posto ed erogare, con costi a carico di AXA MPS Danni, le prestazioni di assistenza previste in Polizza.
Termini di aspettativa/carenza:	il periodo successivo alla data d'effetto dell'assicurazione durante il quale non è operante la copertura.
Trattamenti fisioterapici:	prestazioni di medicina fisica e riabilitativa eseguiti da medico o da professionista fornito di laurea in fisioterapia o titolo equipollente riconosciuto in Italia, tese a rendere possibile il recupero delle funzioni di uno o più organi o apparati colpiti da malattia o infortunio indennizzabili a termine di polizza. Dalla presente copertura dovranno, in ogni caso, ritenersi escluse tutte le prestazioni finalizzate al trattamento di problematiche di natura estetica, nonché le prestazioni eseguite con strumenti il cui utilizzo preminente avvenga nell'ambito della medicina estetica.
Visita specialistica:	visita effettuata da medico fornito di specializzazione, per diagnosi e prescrizioni di terapie cui tale specializzazione si riferisce. Sono ammesse esclusivamente le visite di medicina tradizionale, con esclusione di quelle effettuate da medici praticanti le medicine alternative.

Cosa assicurato

Ambito Ricoveri e Interventi

(Garanzie operanti solo se previste in polizza)

Art.1 | Ricoveri e interventi Network AXA

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Condizioni di Assicurazione

Norme che regolano l'assicurazione – garanzie salute

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

- k) trasporto dell'Assicurato con mezzo sanitariamente attrezzato, idoneo secondo la gravità del caso, per il rientro al domicilio al momento della dimissione;
- l) visite specialistiche, accertamenti diagnostici (compresi gli onorari medici), esami ed analisi di laboratorio, prestazioni mediche, chirurgiche, prestazioni infermieristiche, trattamenti fisioterapici o rieducativi, cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera) effettuati nei 120 giorni successivi alla cessazione del ricovero con/senza intervento, alla data del day surgery o dell'intervento chirurgico ambulatoriale purché inerenti la malattia o l'infortunio che hanno determinato il ricovero o intervento chirurgico;
- m) acquisto o noleggio, fino ad un massimo di € 1.500,00 per anno assicurativo, effettuati nei 120 giorni successivi alla cessazione del ricovero con/senza intervento, alla data del day surgery o dell'intervento chirurgico ambulatoriale, purché inerenti la malattia o l'infortunio che hanno determinato il ricovero o l'intervento chirurgico:
 - di stampelle, carrozzine, corsetti, tutori e materasso antidecubito;
 - di apparecchi protesici (comprese le protesi acustiche, esclusi occhiali e lenti a contatto), parrucca a seguito di terapie chemioterapiche;
 - di apparecchiature fisioterapiche purché prescritte da medico specialista.

1.4 Durante il day hospital

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

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

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

Qualora l'Assicurato non abbia richiesto ad AXA MPS Danni alcun rimborso relativo alle spese di cui sopra, AXA MPS Danni corrisponde un'indennità sostitutiva di € 70,00 per ogni giorno di day hospital oppure di permanenza superiore a 8 ore presso il Pronto Soccorso, con il massimo di 120 giorni per anno assicurativo.

1.5 Limiti d'indennizzo

Le prestazioni garantite dal presente articolo 1. sono soggette ai seguenti limiti di indennizzo per persona e per evento:

- **parto fisiologico fino a € 3.000,00;**
- **parto con taglio cesareo e per l'aborto terapeutico fino a € 6.500,00;**

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

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

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

- **€ 8.000 per gonartrosi;**
- **€ 8.000 per coxartrosi.**

Relativamente alla gonartrosi e alla coxartrosi, detti limiti rappresentano la massima esposizione di AXA MPS Danni a prescindere dalla struttura utilizzata (convenzionata e non convenzionata).

1.6 Scoperti e franchigie

Fermi i limiti di indennizzo previsti, il rimborso delle spese, relative alle prestazioni contenute dalla lettera a) alla lettera q) del presente articolo, sarà effettuato con l'applicazione di uno scoperto del 20%, con un minimo di € 2.500,00 e un massimo di €10.000,00 per ogni ricovero con/senza intervento, day hospital/day surgery o intervento chirurgico ambulatoriale. Lo scoperto del 20%, con un minimo di €2.500,00 e un massimo di €10.000,00 non si applica alle prestazioni autorizzate dalla Centrale Operativa presso strutture e medici convenzionati e anche nel caso di sinistri relativi agli eventi compresi al punto 1.5 "Limiti d'indennizzo".

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

Art. 2 | Ricoveri e interventi PLUS

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- k) trasporto dell'Assicurato con mezzo sanitariamente attrezzato, idoneo secondo la gravità del caso, per il rientro al domicilio al momento della dimissione;
- l) visite specialistiche, accertamenti diagnostici (compresi gli onorari medici), esami ed analisi di laboratorio, prestazioni mediche, chirurgiche, prestazioni infermieristiche, trattamenti fisioterapici o rieducativi, cure

Condizioni di Assicurazione

Norme che regolano l'assicurazione – garanzie salute

termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera) effettuati nei 120 giorni successivi cessazione del ricovero con/senza intervento, alla data del day surgery o dell'intervento chirurgico ambulatoriale purché inerenti la malattia o l'infortunio che hanno determinato il ricovero o intervento chirurgico;

- m) acquisto o noleggio, **fino ad un massimo di € 1.500,00** per anno assicurativo, effettuati nei **120 giorni** successivi alla cessazione del ricovero con/senza intervento, alla data del day surgery o dell'intervento chirurgico ambulatoriale, purché inerenti la malattia o l'infortunio che hanno determinato il ricovero o l'intervento chirurgico:
- di stampelle, carrozzine, corsetti, tutori e materasso antidecubito;
 - di apparecchi protesici (comprese le protesi acustiche, esclusi occhiali e lenti a contatto), parrucca a seguito di terapie chemioterapiche;
 - di apparecchiature fisioterapiche purché prescritte da medico specialista.

2.4 Durante il day hospital

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

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

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

Qualora l'Assicurato non abbia richiesto ad AXA MPS Danni alcun rimborso relativo a spese di cui sopra, AXA MPS Danni corrisponde un'indennità sostitutiva di € 70,00 per ogni giorno di day hospital oppure di permanenza superiore a 8 ore presso il Pronto Soccorso, con il massimo di 120 giorni per anno assicurativo.

2.5 Limiti d'indennizzo

Le prestazioni garantite dal presente articolo 2 sono soggette ai seguenti limiti di indennizzo per persona e per evento:

- **parto fisiologico fino a € 3.000,00;**
- **parto con taglio cesareo e per l'aborto terapeutico fino a € 6.500,00;**

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

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

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

- **€ 8.000 per gonartrosi;**
- **€ 8.000 per coxartrosi.**

Relativamente alla gonartrosi e alla coxartrosi, detti limiti rappresentano la massima esposizione di AXA MPS Danni a prescindere dalla struttura utilizzata (convenzionata e non convenzionata).

2.6 Scoperti e franchigie

Le prestazioni di cui all'art. 2 non sono soggette all'applicazione di alcuno scoperto o franchigia.

Art. 3 | Prestazioni sanitarie assistenziali (operante per le garanzie art. 1 "Ricoveri e interventi Network AXA" e art. 2 "Ricoveri e interventi PLUS")

In caso di infezione H.I.V. o sindrome da immunodeficienza acquisita (A.I.D.S.), a parziale deroga dell'Art. 32 - "Persone non assicurabili", AXA MPS Danni rimborsa fino a concorrenza di **€ 16.000,00** le spese sostenute dall'Assicurato per il periodo massimo di 120 giorni dalla prima manifestazione della malattia, previste dalle prestazioni "DURANTE il ricovero con/senza intervento, day surgery o intervento chirurgico ambulatoriale" o "Durante il day hospital".

Trascorso tale termine l'assicurazione cessa di avere efficacia.

Art. 4 | Ricoveri e interventi - garanzia operante esclusivamente per i contratti stipulati sino all'edizione 09/2019 delle Condizioni di assicurazione indicata in Polizza, salvo disdetta della garanzia da parte del cliente.

Art. 4.1 Ricoveri, interventi e day hospital La garanzia opera in caso di ricovero con/senza intervento, day

hospital/day surgery o intervento chirurgico ambulatoriale resi necessari da malattia, infortunio, parto o aborto terapeutico. AXA MPS DANNI rimborsa all'Assicurato, fino alla concorrenza del massimale indicato in polizza, le spese sostenute:

PRIMA, DURANTE, DOPO il periodo di ricovero con/senza intervento, day surgery o intervento chirurgico ambulatoriale e DURANTE il day hospital come di seguito descritto nel presente punto.

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

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

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

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

- c) onorari del chirurgo, del personale medico di supporto all'intervento, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento, diritti di sala operatoria e materiale di intervento (ivi compresi gli apparecchi terapeutici e le endoprotesi applicati durante l'intervento);
- d) assistenza medica ed infermieristica, cure, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali, visite specialistiche, accertamenti diagnostici, esami ed analisi di laboratorio;
- e) rette di degenza;
- f) rette per vitto e pernottamento nell'istituto di cura di un accompagnatore;
- g) prestazioni di cui ai punti precedenti relative al ricovero del donatore per il prelievo, trasporto di organi o parti di essi se l'Assicurato è ricevente, oppure sostenute per l'espianto di organi o parti di essi se l'Assicurato è donatore vivente;
- h) trasporto dell'Assicurato con mezzo sanitariamente attrezzato, idoneo secondo la gravità del caso, per il trasferimento da un istituto di cura ad un altro;
- i) cure dentarie, applicazione di protesi dentarie (comprese il costo di quest'ultime) e protesi palatali post oncologiche rese necessarie a seguito di neoplasie o infortunio documentato da referto di pronto soccorso o di ricovero. Relativamente al costo delle protesi dentarie in caso di neoplasie benigne o di infortunio, la garanzia è prestata **fino a concorrenza di € 5.000,00** per 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 MPS DANNI alcun rimborso relativo a spese "Durante il ricovero con/senza intervento, day surgery o intervento chirurgico ambulatoriale", AXA MPS DANNI corrisponde, per ogni giorno di ricovero **un'indennità sostitutiva pari a € 140,00 al giorno, per il massimo di 120 giorni per anno assicurativo.**

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

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

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

- k) trasporto dell'Assicurato con mezzo sanitariamente attrezzato, idoneo secondo la gravità del caso, per il rientro al domicilio al momento della dimissione;
- l) visite specialistiche, accertamenti diagnostici (compresi gli onorari medici), esami ed analisi di laboratorio, prestazioni mediche, chirurgiche, prestazioni infermieristiche, trattamenti fisioterapici o rieducativi, cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera) effettuati nei 120 giorni successivi alla cessazione del ricovero con/senza intervento, alla data del day surgery o dell'intervento chirurgico ambulatoriale purché inerenti la malattia o l'infortunio che hanno determinato il ricovero o intervento chirurgico;
- m) acquisto o noleggio, **fino ad un massimo di € 1.500,00 per anno assicurativo, effettuati nei 120 giorni successivi** alla cessazione del ricovero con/senza intervento, alla data del day surgery o dell'intervento chirurgico ambulatoriale, purché inerenti la malattia o l'infortunio che hanno determinato il ricovero o l'intervento chirurgico:
 - di stampelle, carrozzine, corsetti, tutori e materasso antidecubito;
 - di apparecchi protesici (comprese le protesi acustiche, esclusi occhiali e lenti a contatto), parrucca a seguito di terapie chemioterapiche;
 - di apparecchiature fisioterapiche purché prescritte da medico specialista.

Durante il day hospital

Condizioni di Assicurazione

Norme che regolano l'assicurazione – garanzie salute

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

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

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

Qualora l'Assicurato non abbia richiesto ad AXA MPS DANNI alcun rimborso relativo alle spese di cui sopra, AXA MPS DANNI corrisponde **un'indennità sostitutiva di € 70,00 per ogni giorno di day hospital oppure di permanenza superiore a 8 ore presso il Pronto Soccorso, con il massimo di 120 giorni per anno assicurativo.**

Estensioni di garanzia

- In caso di parto indennizzabile a termine di Polizza sono riconosciute le spese fino a concorrenza di € 30.000,00 per:
 - Interventi chirurgici, trattamenti terapeutici e visite mediche specialistiche, rette di degenza, medicinali, esami ed analisi di laboratorio, accertamenti diagnostici, praticati in regime di ricovero ai neonati nei primi 60 giorni di vita resi necessari da malattia anche congenita e/o da malformazioni, difetti fisici o da infortunio;
 - Interventi chirurgici sul feto;
- in caso di infezione H.I.V. o sindrome da immunodeficienza acquisita (A.I.D.S.), a parziale deroga dell'Art. 32 "Persone non assicurabili", AXA MPS Danni rimborsa fino a concorrenza di € 16.000,00 le spese sostenute dall'Assicurato per il periodo massimo di 120 giorni dalla prima manifestazione della Malattia, previste dalle prestazioni "Durante il ricovero o intervento chirurgico senza ricovero" o "Durante il day hospital".

Trascorso tale termine l'assicurazione cessa di avere efficacia.

Applicazione della franchigia

Fermi i limiti di Indennizzo previsti, il rimborso delle spese relative alle prestazioni previste dalla lettera a) alla lettera r) della garanzia di cui all'art. 4.1, per ogni Ricovero con/senza Intervento o Day hospital/Day Surgery o Intervento chirurgico ambulatoriale sarà effettuato:

- a) Con l'applicazione di una franchigia di € 1.600;
- b) Senza l'applicazione di franchigia;

secondo la scelta operata dal Contraente e riportata nella scheda di polizza

Art. 4.2 Alta specializzazione e trattamenti fisioterapici

AXA MPS Danni rimborsa all'Assicurato, **fino alla concorrenza del massimale di € 3.000,00, per persona e per anno assicurativo:**

- a) le spese per prestazioni sanitarie prescritte da medico curante o da medico specialista e attinenti con la patologia certificata, rese necessarie da malattia o infortunio, di seguito riportate:
 - Ago aspirato con ago sottile
 - Angiografia (flebografia, arteriografia, angiopneumografia, linfografia, coronarografia o cateterismo cardiaco)
 - Broncoscopia o Fibrobroncoscopia
 - Cistoscopia
 - Cistometria o cistografia
 - Colangiopancreatografia endoscopica retrograda (CPRE), Colangiografia intravenosa, Colangiografia percutanea, Colangiografia trans Kehr
 - Dermatoscopia digitale (Epiluminescenza digitale)
 - Ecocardiografia (Ecocardi Doppler, Ecocardiogramma mono/bilaterale più color doppler)
 - Ecografia
 - Ecotomografia vascolare (Doppler – Eco Color Doppler)
 - EEG Mapping (Mapping del cervello)
 - Elettrocardiogramma dinamico (Holter ECG)
 - Elettromiografia (EMG) o Elettroencefalografia (ENG)
 - Elettroencefalogramma
 - Fluorangiografia oculare
 - Laparoscopia, Rettoscopia, Esofago gastroduodenoscopia, Pancolonscopia
 - Mielografia

Condizioni di Assicurazione

Norme che regolano l'assicurazione – garanzie salute

- Mineralogia Ossea Computerizzata (M.O.C.)
- Monitoraggio pressione arteriosa 24 ore (Holter pressorio)
- Polisonnografia
- Prelievo di tessuto con indagine istologica
- Risonanza Magnetica (R.M.)
- Scintigrafia
- SPECT (Tomografia ad emissione di fotone singolo)
- Stroboscopia laringea digitale
- Studio urodinamico
- Test del respiro
- Test Ergometrico o test da sforzo cardiaco
- Tomografia a emissione di positroni (PET)
- Tomografia Computerizzata (T.C.)

Il rimborso delle prestazioni sopra indicate è esteso anche ai follow up per una durata di 5 anni dal primo intervento o dall'intervento di recidiva, purché effettuate durante la validità del contratto, per le seguenti patologie: neoplasie maligne, infarto miocardico acuto e ictus cerebro vascolare;

- terapie ambulatoriali rese necessarie da neoplasie;
- 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. In caso d'infortunio lo stesso deve essere documentato da referto e/o certificato medico comprovante le lesioni.

Applicazione della franchigia

Fermo il limite del massimale di € 3.000,00, il rimborso delle spese previste dall'articolo 4.2 viene effettuato con l'applicazione di una franchigia di € 100,00 per ogni serie di accertamenti diagnostici o per ogni ciclo di trattamenti o terapie previsti da un'unica prescrizione medica e relative alla stessa patologia o sospetto diagnostico.

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

Check up

Perché fare un check up

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

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

Le modalità per effettuare il check up

L'Assicurato che abbia compiuto 30 anni potrà eseguire ogni due anni un check up di prevenzione presso le strutture convenzionate reperibili sul sito www.axa-mps.it o accedendo all'area riservata dal sito www.axa-mps.it o da App My AXA.

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

Condizioni di Assicurazione

Norme che regolano l'assicurazione – garanzie salute

	Donna	Uomo
tra 30 e 40 anni	1. Esami di laboratorio: <ul style="list-style-type: none"> – 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	1. Esami di laboratorio: <ul style="list-style-type: none"> – Azotemia – Cloremia Sodiemia Potassiemia – Colesterolo totale (LDL e HDL) – Creatininemia – Emocromo con formula – Gamma G.T. – Glicemia – PCR – Transaminasi – Trigliceridi – Uricemia – Esami urine completo
	3. Visita ginecologica	2. E.C.G. (Elettrocardiogramma)
	4. Mammografia o Ecografia Mammaria	3. Visita cardiologica
> 40 anni	In aggiunta a quanto sopra:	In aggiunta a quanto sopra:
	5. E.C.G. (Elettrocardiogramma)	4. Esame di laboratorio: PSA
	6. Visita cardiologica	5. Ecografia addominale inferiore

In aggiunta alle prestazioni sopra descritte, solo per le garanzie di cui all'art 1. "Ricoveri e Interventi Network AXA" e all'art 2." Ricoveri e interventi PLUS", l'assicurato può attivare a sua scelta una volta ogni due anni solo uno (1) dei 3 seguenti pacchetti:

Prevenzione oculistica	Valutazione anamnestica volta ad individuare familiarità, fattori di rischio personali o sintomatologia allo stato iniziale <ul style="list-style-type: none"> • Esame del segmento anteriore (cornea, congiuntiva, ecc.) ed annessi oculari • Studio del fundus oculi per individuare patologie retiniche • Misurazione del tono oculare • Misurazione del visus
Prevenzione delle vie respiratorie	<ul style="list-style-type: none"> • Spirometria • Visita pneumologica
Prevenzione dermatologica	<ul style="list-style-type: none"> • Visita dermatologica con epiluminescenza o videodermatoscopia

Come attivare il check up

Per poter effettuare il check up, l'Assicurato potrà contattare telefonicamente la Centrale Operativa e chiedere la prenotazione e l'attivazione del check up presso una delle strutture sanitarie convenzionate.

In alternativa, l'Assicurato potrà prenotare autonomamente il check-up presso una struttura convenzionata a

scelta e, successivamente, darne comunicazione alla centrale operativa che dovrà preventivamente autorizzare la prestazione inviando conferma della presa in carico in forma diretta.

La Centrale Operativa è accessibile attraverso i seguenti strumenti:

Numero Verde 800.231.187 per chiamate dall'Italia

Numero +39.06.45.202.136 per chiamate dall'Estero

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

o accedendo all'area riservata dal sito www.axa-mps.it o da App My AXA

Il primo check up è totalmente a carico di AXA MPS Danni. Per i successivi, trascorsi almeno due anni dalla data del precedente check up (anche in caso di sostituzione di contratto), è richiesta una partecipazione al costo di € 100,00. Non saranno prese in considerazione richieste di rimborso per esami o visite mediche previste dalla tabella sopra riportata effettuate e pagate dall'Assicurato senza preventiva autorizzazione della Centrale Operativa.

AXA MPS Danni non verrà a conoscenza degli esiti del check up. Tale documentazione sanitaria potrà essere richiesta solo in caso di denuncia di sinistro, secondo le modalità previste dagli Art. 11 – “Cosa fare in caso di sinistro”.

Ambito Esami e Visite

(Garanzie operanti solo se previste in polizza)

Art. 5 | Alta Diagnostica e Fisioterapia

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

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

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

Il rimborso delle prestazioni sopra indicate è esteso anche ai follow up per una durata di 5 anni dal primo intervento o dall'intervento di recidiva, purché effettuate durante la validità del contratto, per le seguenti patologie:

- b) neoplasie maligne, infarto miocardico acuto e ictus cerebro vascolare.
- c) terapie ambulatoriali rese necessarie da neoplasie.
- d) 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. In caso d'infortunio lo stesso deve essere documentato da referto e/o certificato medico comprovante le lesioni.

Condizioni di Assicurazione

Norme che regolano l'assicurazione – garanzie salute

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

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

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

Art. 6 | Visite, Diagnostica e Fisioterapia

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

a) prestazioni di alta specializzazione prescritte da medico curante o da medico specialista attinenti con la patologia certificata, rese necessarie da malattia o infortunio, di seguito riportate:

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

Il rimborso delle prestazioni sopra indicate è esteso anche ai follow up per una durata di cinque anni dal primo intervento o dall'intervento di recidiva, purché effettuate durante la validità del contratto, per le seguenti patologie:

- b) neoplasie maligne, infarto miocardico acuto e ictus cerebro vascolare.
- c) trattamenti fisioterapici e rieducativi dell'Assicurato purché effettuati **nei 360 giorni successivi** alla data dell'infortunio o alla cessazione del ricovero in caso di malattia;
- d) accertamenti diagnostici, esami ed analisi di laboratorio resi necessari da malattia o infortunio comprese le terapie ambulatoriali rese necessarie da neoplasie;
- e) onorari relativi a visite mediche rese necessarie da malattia, escluse quelle odontoiatriche e ortodontiche;
- f) onorari relativi a visite mediche rese necessarie da infortunio. Le cure odontoiatriche e ortodontiche sono comprese purché l'infortunio sia comprovato da referto di Pronto Soccorso. Sono comunque escluse le protesi dentarie.

Il rimborso delle spese previste dal presente articolo viene effettuato fino alla concorrenza dei massimali indicati in polizza e con l'applicazione dei seguenti sottolimiti:

- **a) e b) e c): € 2.000,00 per persona e per anno;**
- **d), e) e f): € 2.000,00 per persona e per anno;**

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

– ogni serie di accertamenti diagnostici o ogni ciclo di cure dentarie previsti da un'unica prescrizione medica e relative alla stessa patologia o sospetto diagnostico.

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

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

Art. 7 | Esami e visite - garanzia operante esclusivamente per i contratti stipulati sino all'edizione 09/2019 delle Condizioni di assicurazione indicata in Polizza, salvo disdetta della garanzia da parte del cliente.

AXA MPS Danni rimborsa all'Assicurato, **fino alla concorrenza del massimale di € 1.600,00, per persona e per anno assicurativo**, le spese sostenute per le seguenti prestazioni:

- onorari relativi a visite mediche rese necessarie da *malattia*, escluse quelle odontoiatriche e ortodontiche;
- onorari relativi a visite mediche rese necessarie da *infortunio*. Le cure odontoiatriche e ortodontiche sono comprese purché l'*infortunio* sia comprovato da referto di Pronto Soccorso. Sono comunque escluse le protesi dentarie;
- accertamenti diagnostici, esami ed analisi di laboratorio resi necessari da *malattia o infortunio*

Il rimborso delle prestazioni sopra indicate è esteso anche ai follow up per una durata di 5 anni dal primo intervento o dall'intervento di recidiva, purché effettuate durante la validità del contratto, per le seguenti patologie: neoplasie maligne, infarto miocardico acuto e ictus cerebro vascolare.

Cosa non assicurato

Art. 8 | Termini di aspettativa

Fermo quanto previsto dall'Art. 40 - "Effetto, durata e disdetta del contratto" le garanzie "Ricoveri e interventi" ed "Esami e visite" sono valide dalle ore 24:00:

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

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

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

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

Art. 9 | Esclusioni

L'assicurazione non è operante per:

- malattie e stati patologici conosciuti e/o diagnosticati anteriormente alla stipulazione del contratto sottoscritti ad AXA MPS Danni con dolo o colpa grave all'atto della stipula del contratto;
- le prestazioni sanitarie e la cura delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, ivi compresi i comportamenti nevrotici e le loro conseguenze e complicanze;
- le prestazioni sanitarie e le cure di relative a psicoterapia e/o altre prestazioni terapeutiche relative a depressione, stati d'ansia e tutti i disturbi mentali, ivi compresi quelli comportamentali, riconosciuti dal DSM IV (Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali);
- le prestazioni sanitarie e le cure per infertilità, sterilità maschile e femminile, fecondazione assistita e simili, impotenza;
- l'aborto volontario non terapeutico;
- la cura di intossicazioni conseguenti ad abuso di alcoolici o ad uso non terapeutico di psicofarmaci, di stupefacenti o di allucinogeni;

Condizioni di Assicurazione

Norme che regolano l'assicurazione – garanzie salute

- 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 sport aerei in genere o dalla partecipazione a gare motoristiche 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, 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 a seguito di interventi demolitivi indennizzabili ai sensi di polizza per neoplasia maligna o a seguito di 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 i) degli artt. 1.2, 2.2, 4.1 e, dalle lettere e) ed f) dell'art. 6 e dalle lettere a) e b) dell'art. 7;
- 16) le prestazioni sanitarie non riconosciute dalla medicina ufficiale, quelle non effettuate da medici o paramedici abilitati all'esercizio dell'attività professionale;
- 17) le conseguenze dirette od indirette di trasformazione o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e delle accelerazioni di particelle atomiche (fissione o fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);
- 18) le conseguenze di movimenti tellurici, inondazioni ed eruzioni vulcaniche, (salvo quanto previsto dall'Art. 24 - "Eventi naturali catastrofici");
- 19) le conseguenze di guerre (dichiarate o non dichiarate), insurrezioni, (salvo quanto previsto dall'articolo 23 - "Rischio guerra");
- 20) le conseguenze di qualsiasi atto di terrorismo, di tumulti popolari, atti violenti od aggressioni, cui l'Assicurato abbia preso parte attiva;
- 21) le prestazioni sanitarie e le cure fitoterapiche, idropiniche, dietetiche e termali (salvo per queste ultime quanto previsto nelle specifiche garanzie). I trattamenti di agopuntura salvo quelli effettuati da medici agopuntori a scopo terapeutico;
- 22) le spese non direttamente inerenti la cura o l'intervento, quali ad esempio spese per telefonate, televisione, bar, ristorante e simili;
- 23) gli accertamenti diagnostici, la psicoterapia, le terapie mediche e quelle chirurgiche, legati all'identità sessuale;
- 24) le prestazioni finalizzate alla prevenzione delle patologie familiari;
- 25) gli interventi di chirurgia bariatrica e le prestazioni finalizzate alla cura dell'obesità ad eccezione dei casi di obesità di III grado (Indice di Massa Corporea uguale o superiore a 40).

Condizioni di Assicurazione

Norme che regolano l'assicurazione – garanzie salute

Tabella 1: Tabella riassuntiva di limiti, franchigie e/o scoperti

Garanzia	Prestazione	Limite di indennizzo	Scoperto e/o franchigia
Ricoveri e Interventi Network AXA (Art. 1)	Ricoveri e Interventi, day hospital	Massimale indicato in polizza	Scoperto del 20%, con un minimo di € 2.500,00 e un massimo di €10.000,00 per ogni ricovero con/senza intervento, day hospital/day surgery o intervento chirurgico ambulatoriale. Lo scoperto del 20%, con un minimo di €2.500,00 e un massimo di €10.000,00 non si applica alle prestazioni autorizzate dalla Centrale Operativa presso strutture e medici convenzionati e anche nel caso di sinistri relativi agli eventi soggetto al limite di indennizzo.
	Parto fisiologico	€ 3.000,00	
	Parto con taglio cesareo, aborto terapeutico	€ 6.500,00	
	Ernie (salvo quelle discali), appendiciti, varici ed emorroidi	€ 6.500,00	
	Ernie discali	€ 12.000,00	
	Gonartrosi	€ 8.000,00	
	Coxartrosi	€ 8.000,00	
	Indennità sostitutiva	€ 140,00 al giorno per max 120 gg. (€ 70,00 per day hospital)	
Ricoveri e interventi PLUS (Art. 2)	Ricoveri, interventi e day hospital	Massimale indicato in polizza	Nessuno scoperto o franchigia
	Parto fisiologico	€3.000,00	
	Parto con taglio cesareo, aborto terapeutico	€6.500,00	
	Ernie (salvo quelle discali), appendiciti, varici ed emorroidi	€6.500,00	
	Ernie discali	€12.000,00	
	Gonartrosi	€ 8.000,00	
	Coxartrosi	€ 8.000,00	
	Indennità sostitutiva	€ 140,00 al giorno per max 120 gg. (€ 70,00 per day hospital)	

Condizioni di Assicurazione

Norme che regolano l'assicurazione – garanzie salute

Ricoveri e interventi art. 4 (versione venduta fino alla Ed. 09/2019)	Ricoveri, interventi e day hospital	Massimale indicato in polizza	Nessuno scoperto o franchigia nella opzione “senza franchigia”; per opzione con franchigia € 1.600
	Parto fisiologico	€3.000,00	
	Parto con taglio cesareo, aborto terapeutico	€6.500,00	
	Ernie (salvo quelle discali), appendiciti, varici ed emorroidi	€6.500,00	
	Ernie discali	€12.000,00	
	Alta specializzazione e trattamenti fisioterapici	€3.000,00	€ 100,00
	Indennità sostitutiva	€ 140,00 al giorno per max 120 gg. (€ 70,00 per day hospital)	
Alta Diagnostica e Fisioterapia (Art. 5)	Alta Diagnostica e trattamenti fisioterapici	Limite € 2.000,00 per persona e per anno assicurativo	<p>Scoperto del 20% con il minimo di €50,00, per ogni visita medica o ogni serie di accertamenti diagnostici o ogni ciclo di cure dentarie previsti da un'unica prescrizione medica e relative alla stessa patologia o sospetto diagnostico.</p> <p>Qualora l'Assicurato, previa autorizzazione della Centrale Operativa, si rivolga ad un istituto di cura o centro diagnostico convenzionato con AXA, il minimo a carico dell'Assicurato è ridotto a €30,00.</p> <p>Qualora l'Assicurato sia ricorso al Servizio Sanitario Nazionale i ticket saranno rimborsati integralmente.</p>

Condizioni di Assicurazione

Norme che regolano l'assicurazione – garanzie salute

Visite, Diagnostica e Fisioterapia (Art. 6)	Alta Diagnostica e trattamenti fisioterapici	Limite € 2.000,00 per persona e per anno assicurativo	Scoperto del 20% con il minimo di €50,00, per ogni visita medica o ogni serie di accertamenti diagnostici o ogni ciclo di cure dentarie previsti da un'unica prescrizione medica e relative alla stessa patologia o sospetto diagnostico.
	Visite ed esami	Limite € 2.000,00 per persona e per anno assicurativo	Qualora l'Assicurato, previa autorizzazione della Centrale Operativa, si rivolga ad un istituto di cura o centro diagnostico convenzionato con AXA, il minimo a carico dell'Assicurato è ridotto a €30,00. Qualora l'Assicurato sia ricorso al Servizio Sanitario Nazionale i ticket saranno rimborsati integralmente.
Esami e visite art. 7 (versione venduta fino alla Ed. 09/2019)	Visite ed esami	Limite € 1.600,00 per persona e per anno assicurativo	Scoperto 20% min. € 50,00 Qualora l'Assicurato sia ricorso al Servizio Sanitario Nazionale i ticket saranno rimborsati integralmente.
Check up	Check up	1 check up ogni due anni	- Nessuno scoperto o franchigia per il primo check up - Franchigia di €100,00 per i check up successivi al primo

Come attivare le prestazioni

Art. 10 | Utilizzo di strutture sanitarie e medici convenzionati con AXA

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

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

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

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

Le strutture sanitarie convenzionate sono presenti su:

Sito AXA MPS www.axa-mps.it

o accedendo all'area riservata dal sito www.axa-mps.it o da App My AXA

Per richiedere informazioni sui propri sinistri, sulle strutture sanitarie convenzionate e sui medici, o per richiedere la prenotazione del check up o di prestazioni extraospedaliere, l'Assicurato potrà contattare telefonicamente la Centrale Operativa, o potrà inviare una richiesta compilando l'apposito form on line disponibile nella propria area riservata.

La Centrale Operativa è accessibile attraverso i seguenti strumenti:

Numero Verde 800.231.187 per chiamate dall'Italia

Numero +39.06.45.202.136 per chiamate dall'Estero

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

o accedendo all'area riservata dal sito www.axa-mps.it o da App My AXA

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 MPS Danni non ha alcuna responsabilità per le prestazioni e/o loro esecuzioni fornite dalle strutture sanitarie e dai medici convenzionati.

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

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

Art. 11 | Cosa fare in caso di sinistro

In caso di sinistro l'Assicurato dovrà accedere all'area riservata dal sito www.axa-mps.it o da App My AXA, entro tre giorni da quando ne ha avuto conoscenza, ai sensi dell'Art. 1913 c.c..

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

La Centrale Operativa è accessibile attraverso i seguenti strumenti:

Numero Verde 800.231.187 per chiamate dall'Italia

Numero +39.06.45.202.136 per chiamate dall'Estero

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

o accedendo all'area riservata dal sito www.axa-mps.it o da App My AXA

La denuncia deve essere corredata dalla documentazione medica richiesta, come disposto dall'art. 12 "Criteri di liquidazione e pagamento dell'indennizzo" completa di certificazioni mediche con patologia sospetta o accertata, delle copie o degli originali delle notule, fatture o ricevute quietanzate e di ogni altro documento ritenuto da AXA MPS Danni attinente alla valutazione ed alla liquidazione del sinistro. Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga della facoltà di inviare la documentazione medica e fiscale del sinistro in fotocopia, AXA MPS Danni MPS Danni si riserva il diritto di richiedere ove lo ritenga necessario la documentazione in originale sia delle fatture, che della documentazione medica.

L'Assicurato deve consentire le indagini e gli accertamenti necessari nonché, su richiesta di AXA MPS Danni, 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, ai sensi dell'Informativa sulla Privacy e successive modifiche. Le spese relative ai certificati medici e ad ogni altra documentazione medica richiesta sono a carico dell'Assicurato.

Art. 12 | Criteri di liquidazione e pagamento dell'indennizzo

Criteri di liquidazione

1) Utilizzo di strutture sanitarie e medici convenzionati con AXA

Qualora l'Assicurato sia ricorso alle strutture sanitarie e medici convenzionati, previa autorizzazione della Centrale Operativa, in caso di Ricovero, day hospital, day surgery o intervento chirurgico ambulatoriale, prestazioni sanitarie senza ricovero (visite mediche specialistiche, esami ed analisi, accertamenti diagnostici, trattamenti e terapie), AXA MPS Danni pagherà o farà pagare in nome e per conto dell'Assicurato, direttamente le spese sostenute per prestazioni sanitarie previste dal contratto, ferme eventuali scoperti, franchigie e limiti di indennizzo.

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

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

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

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

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

L'Assicurato deve pertanto far pervenire alla Centrale Operativa utilizzando l'area riservata dal sito www.axa-mps.it o da App My AXA copia delle fatture, notule o ricevute quietanzate relative ai professionisti non convenzionati.

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

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

Qualora l'Assicurato ritenga di avvalersi di strutture e medici non convenzionati, il rimborso delle spese sanitarie sostenute avverrà previa presentazione alla Centrale Operativa della seguente documentazione, utilizzando l'area riservata dal sito www.axa-mps.it o da App My AXA.

In caso di:

- Ricovero con o senza intervento chirurgico, day hospital, day surgery alla richiesta di rimborso vanno allegare la copia di fatture, notule o ricevute quietanzate valide ai fini fiscali e copia conforme all'originale della cartella clinica completa;
- Prestazioni sanitarie senza ricovero (visite mediche specialistiche, esami ed analisi, accertamenti diagnostici, trattamenti e terapie) alla richiesta di rimborso vanno allegati copia del certificato del medico curante che

Condizioni di Assicurazione

Norme che regolano l'assicurazione – sezione il sinistro

ha prescritto le prestazioni con patologia presunta o accertata le notule, fatture o ricevute quietanzate valide ai fini fiscali;

- Intervento chirurgico ambulatoriale: alla richiesta di rimborso va allegata la relazione medica dell'intervento chirurgico. In caso di asportazione neo, la relazione medica dovrà essere accompagnata da referto di esame istologico;
- Spese di trasporto alla richiesta di rimborso va allegata copia dei giustificativi delle spese sostenute.

4) Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

Qualora il ricovero, day hospital, day surgery o l'intervento chirurgico ambulatoriale, 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 MPS Danni 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, day surgery o intervento chirurgico ambulatoriale l'Assicurato scelga di richiedere l'indennità sostitutiva, lo stesso deve far pervenire alla Centrale Operativa tramite l'Agenzia alla quale è assegnata la polizza o direttamente utilizzando l'area riservata dal sito www.axa-mps.it o da App My AXA in caso di ricovero, day hospital o day surgery copia conforme dell'originale della cartella clinica completa e in caso di intervento chirurgico ambulatoriale la copia conforme della relazione medica dell'intervento chirurgico.

6) Ricoveri ravvicinati

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

Pagamento dell'indennizzo

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

AXA MPS Danni restituirà gli eventuali originali ricevuti.

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

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

Art. 13 | 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 fra le Parti, ad un Collegio di tre medici, nominati uno per Parte ed il terzo di comune accordo o, in caso contrario, dal Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo ove deve riunirsi il Collegio dei Medici.

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

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

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.

* * *

Premessa

La gestione dei successivi servizi di **Assistenza**, è stata affidata da AXA MPS Danni ad INTER PARTNER ASSISTANCE S.A. - Rappresentanza Generale per l'Italia - Via Carlo Pesenti, 121 - 00156 Roma, di seguito denominata AXA Assistance. Pertanto, tutte le prestazioni indicate garantite da AXA MPS Danni saranno gestite per il tramite di AXA Assistance.

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

Cosa assicurato

Ambito Assistenza

(Garanzie operanti solo se previste in polizza)

Art. 14 | Assistenza 360

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

a) Emergenza

Consulenza telefonica medica e pediatrica

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

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

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

Dove è valida la prestazione

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

Invio del medico o del pediatra, invio dell'ambulanza

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

La prestazione viene fornita con costi a carico di AXA MPS Danni.

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

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

Dove è valida la prestazione

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

Consegna del farmaco a domicilio

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

Condizioni di Assicurazione

Norme che regolano l'assicurazione – sezione assistenza

I farmaci dovranno prescritti su ricetta medica redatta dal medico che effettua il videoconsulto o da altro medico (es. medico di base, specialista, etc.).

La ricetta dovrà essere disponibile presso la farmacia selezionata dall'assicurato per l'acquisto.

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

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

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

Dove è valida la prestazione

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

Trasporto sanitario

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

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

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

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

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

Eventuali spese eccedenti il suddetto limite di **€ 5.000,00** potranno essere rimborsate, da AXA MPS Danni secondo quanto previsto nelle ulteriori garanzie acquistate in polizza, se presenti che comprendono il trasporto sanitario, ad AXA MPS Danni Assistance che si è fatta carico di anticipare le spese per conto dell'assicurato. Qualora si dovesse successivamente accertare la non validità della polizza e/o la sussistenza di condizioni e/o elementi che determinano l'inoperatività o l'inefficacia dell'assicurazione, l'Assicurato sarà tenuto a rimborsare ad AXA MPS Danni 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 MPS Danni, 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 MPS Danni si riserva il diritto di agire giudizialmente nei suoi confronti per ottenere la restituzione di quanto indebitamente liquidato.

Dove è valida la prestazione

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

Accompagnatore in caso di trasporto sanitario

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

Le spese del viaggio e del soggiorno sono a carico dell'accompagnatore. AXA Assistance non garantisce di poter organizzare il rientro dell'accompagnatore con il mezzo utilizzato per il rimpatrio/trasporto dell'Assicurato.

Dove è valida la prestazione

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

Trasporto salma

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

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

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

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

Sono escluse dalla prestazione le spese relative a:

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

Dove è valida la prestazione

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

Rientro anticipato da un viaggio per malattia o infortunio di un familiare

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

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

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

Dove è valida la prestazione

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

Organizzazione assistenza domiciliare

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

- baby sitter;
- dog sitter;
- badante;
- collaboratrice domestica;
- infermiere;
- fisioterapista;
- autista.

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

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

Dove è valida la prestazione

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

b) Orientamento

Informazioni sulla sanità

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

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

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

Condizioni di Assicurazione

Norme che regolano l'assicurazione – sezione assistenza

Dove è valida la prestazione

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

Informazioni su ricerche medico/scientifiche e protocolli di cura

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

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

Dove è valida la prestazione

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

Informazioni donne partorienti/nascita bambino

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

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

Dove è valida la prestazione

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

Informazioni Banca Cellule Staminali del cordone ombelicale

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

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

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

Dove è valida la prestazione

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

c) Prestazioni valide solo all'Estero

Interprete

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

Collegamento telefonico con la struttura sanitaria

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

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

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

Trasmissione comunicazioni urgenti

Qualora l'Assicurato abbia necessità di effettuare comunicazioni urgenti (ad es. in caso di ricovero), dal luogo

in cui si trova, ai propri familiari in Italia o all'estero e si trovi nell'impossibilità di contattarli direttamente, la Centrale Operativa provvederà a trasmettere il messaggio via fax o in altro modo entro il limite di 7 comunicazioni per sinistro.

Viaggio di un familiare in caso di ricovero

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

Prolungamento soggiorno dei familiari per ricovero dell'Assicurato

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

Rientro dell'Assicurato convalescente al proprio domicilio

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

Rientro/Assistenza dei figli minori privi di tutela

Qualora l'Assicurato, in viaggio con figli minorenni, sia impossibilitato a prendersi cura degli stessi a seguito di ricovero o decesso e non vi sia nessun altro in grado di farlo, la Centrale Operativa fornirà ad un familiare, residente nel Paese di origine, un biglietto di andata e ritorno (ferroviario di prima classe o aereo classe economica o altro mezzo a proprio insindacabile giudizio) per permettere allo stesso di raggiungere i minori e riportarli al Paese di origine. Sono escluse le spese di soggiorno del familiare e tutte le spese diverse dai biglietti di viaggio. La prestazione non è fornita qualora l'Assicurato abbia già richiesto il "Viaggio di un familiare in caso di ricovero".

Reperimento di medicinali urgenti

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

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

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

d) My Doctor

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

Teleconsultazione medica e specialistica

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

L'équipe medica e di specialisti è composta da:

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

Condizioni di Assicurazione

Norme che regolano l'assicurazione – sezione assistenza

A disposizione dell'Assicurato anche un consulto tramite videochiamata con uno psicologo in caso di:

- diagnosi di malattia improvvisa, malattia cronico degenerativa o acuta, infortunio; la prestazione deve essere richiesta indicativamente nei 15 giorni successivi all'evento;
- stress causato da eventi quali pandemie, terremoti, catastrofi naturali, scoppi, coinvolgimento in incidenti stradali gravi ecc.

Qualora l'Assicurato abbia bisogno di organizzare un consulto psicologico, la Struttura Organizzativa trasferirà la chiamata alla propria équipe medica che valuterà se attivare la prestazione in base all'evento previsto in polizza e se proseguire con la videochiamata con lo psicologo.

La prestazione verrà fornita in deroga ad eventuali esclusioni previste in polizza; sono previste un **massimo di 2 prestazioni (3 sedute per ciascuna prestazione)** per assicurato e per anno, erogate in orari d'ufficio; La prestazione non prevede la prescrizione di farmaci.

Dove è valida la prestazione

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

Prescrizione medica

Nel caso in cui, a seguito di un consulto medico, si preveda l'assunzione di un **farmaco**, la Centrale Operativa provvede a trasmettere all'Assicurato una ricetta medica "bianca" (non emessa nell'ambito del SSN), oppure previa verifica della disponibilità del farmaco, presso la farmacia aperta più vicina al luogo in cui si trova l'Assicurato o dallo stesso indicata, in modo che l'Assicurato o un suo delegato possano acquistare il medicinale prescritto.

In alternativa nel caso in cui l'équipe medica lo ritenga necessario, la Centrale Operativa potrà inviare un medico presso il domicilio dell'assicurato o nel luogo dove questi risiede temporaneamente. L'eventuale ricetta medica bianca sarà consegnata direttamente all'assicurato.

Inoltre, nel caso in cui, a seguito del consulto medico, si renda necessario una **visita specialistica** o un **esame diagnostico**, la centrale operativa provvede a trasmettere all'assicurato una prescrizione medica su ricetta bianca.

Dove è valida la prestazione

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

e) Assistenza professionale e pratica a massimale a consumo

Premessa

La copertura opera in caso di infortunio o malattia dell'Assicurato comprovati da certificato medico fino alla concorrenza di un **massimale di € 2.500,00 per Assicurato e per sinistro, fino a un massimo di 3 sinistri per Assicurato e per anno assicurativo**. La prestazione è estesa anche all'Assicurato genitore di un neonato, entro i 60 giorni successivi al parto qualora il neonato non sia stato dimesso dall'istituto di cura. Le prestazioni vengono erogate nei 90 giorni successivi all'infortunio, alla data del certificato medico in caso di malattia o alla data di dimissione in caso di ricovero.

L'eventuale massimale residuo non è cumulabile con il sinistro successivo. Il massimale indicato è al lordo di imposta o altro onere stabilito per legge.

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

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

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

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

Dove sono valide le prestazioni

Le prestazioni di “Assistenza professionale e pratica a massimale a consumo”, sono valide esclusivamente in Italia.

Assistenza professionale

Assistenza infermieristica

Qualora l'Assicurato necessiti, sulla base di certificazione medica, di essere assistito presso il proprio domicilio da personale specializzato (infermieristico o socio-assistenziale), potrà richiedere alla Centrale Operativa il reperimento e l'invio di personale convenzionato.

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

AXA MPS Danni terrà a proprio carico il costo della prestazione.

Assistenza infermieristica presso la struttura di ricovero

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

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

AXA MPS Danni terrà a proprio carico il costo della prestazione.

Invio fisioterapista

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

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

AXA MPS Danni terrà a proprio carico il costo della prestazione.

Prelievo campioni

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

AXA MPS Danni terrà a proprio carico i costi relativi al prelievo, mentre restano a carico dell'Assicurato i costi degli esami e degli accertamenti diagnostici, effettuati da laboratori di analisi convenzionati con la Centrale Operativa.

Ritiro di esami ed analisi di laboratorio o accertamenti diagnostici

Qualora l'Assicurato necessiti di ritirare con urgenza i referti di accertamenti diagnostici effettuati come da certificazione del medico curante, potrà richiedere alla Centrale Operativa di recapitarli presso il proprio domicilio o consegnarli al medico curante.

La Centrale Operativa provvederà ad inviare un corrispondente al domicilio dell'Assicurato, al quale consegnare la delega per il ritiro dei documenti.

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

Reperimento di presidi medico-chirurgici

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

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

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

Se per cause indipendenti alla volontà della Centrale Operativa, risultasse impossibile reperire e/o fornire tali presidi, AXA MPS Danni provvederà a rimborsare le spese relative al noleggio dei presidi stessi.

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

Condizioni di Assicurazione

Norme che regolano l'assicurazione – sezione assistenza

Assistenza pratica

Invio collaboratrice domestica

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

AXA MPS Danni terrà a proprio carico il costo della prestazione.

Invio baby sitter

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

AXA MPS Danni terrà a proprio carico il costo della prestazione.

Invio dog sitter

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

AXA MPS Danni terrà a proprio carico il costo della prestazione.

Disbrigo delle quotidianità

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

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

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

Autista sostitutivo

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

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

Invio badante

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

AXA MPS Danni terrà a proprio carico il costo della prestazione.

Invio spesa a casa

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

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

Assistenza non specialistica presso l'istituto di cura

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

La prestazione è fornita con un preavviso minimo di 24 ore.
AXA MPS Danni terrà a proprio carico il costo della prestazione.

Dove sono valide le prestazioni

Le prestazioni di “Assistenza non specialistica presso l'istituto di cura”, sono valide esclusivamente in alcune province italiane. È possibile consultare l'elenco aggiornato delle province nella pagina di prodotto Protezione Salute/Formula Benessere sul sito axa.it oppure contattando la Centrale Operativa.

Servizio di accompagnamento per visite mediche o cicli di terapia

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

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

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

La prestazione è fornita con un preavviso minimo di 48 ore.
AXA MPS Danni terrà a proprio carico il costo della prestazione.

Dove sono valide le prestazioni

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

f) Consulenze specialistiche

Consulenza nutrizionista

Qualora, a seguito di diagnosi di patologia o condizione che richieda una modifica della dieta dell'Assicurato, (es. diabete, iper/ipotiroidismo, celiachia, gravidanza, ecc.), chiamando AXA Assistance l'Assicurato può essere messo in contatto telefonicamente con uno specialista, al massimo entro le 8 ore lavorative successive alla richiesta d'intervento.

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

Dove è valida la prestazione

La prestazione “Consulenza nutrizionista” è valida esclusivamente in Italia.

g) Second Opinion

Qualora l'Assicurato sia affetto da una patologia e/o necessiti di interventi chirurgici, potrà contattare la Centrale Operativa per ottenere un “parere medico complementare” da parte di uno specialista e ricevere eventuali indicazioni diagnostiche o terapeutiche suppletive.

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

- oncologiche,
- cerebrovascolari,
- neurologico degenerative (e.g. sclerosi multipla),
- del cuore e dei grandi vasi (e.g. Infarto del miocardio, scompenso cardiaco, aneurisma aortico, ecc),

Condizioni di Assicurazione

Norme che regolano l'assicurazione – sezione assistenza

- insufficienza renale,
- problemi ortopedici/fratture,
- diabete,
- patologie pediatriche.
- gastroenterologiche
- dermatologiche;
- oculistiche;
- endocrinologiche;
- pneumologiche;
- geriatriche;
- psicologiche;
- ginecologiche;
- urologiche

Il parere medico complementare, inviato a seguito del ricevimento della documentazione clinica completa, conterrà:

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

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

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

h) Telemedicina

Telemonitoraggio Post Intervento – Visual Medicare

Descrizione del Servizio:

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

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

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

Modalità di attivazione del servizio

- L'Assicurato dovrà comunicare ad AXA Assistance il domicilio presso il quale dovrà essere installato il kit e dovrà inviare alla Centrale Operativa copia della lettera di dimissioni rilasciata dall'Ospedale, comprovante il diritto all'utilizzo del servizio.
- La Centrale Operativa concorderà con l'Assicurato la data di attivazione del servizio (l'attivazione avverrà entro 2 giorni lavorativi dalla data della richiesta).
- Alla data concordata, un operatore autorizzato si recherà presso il domicilio dell'Assicurato, installerà il Kit per il Telemonitoraggio, fornirà le istruzioni e le indicazioni per l'utilizzo ed effettuerà, insieme all'Assicurato, il primo collegamento con il centro medico operativo.
- Nei 30 giorni successivi alla data di dimissioni, bisettimanalmente, dal lunedì al venerdì ed agli orari precedentemente concordati con il medico della Centrale Operativa, l'Assicurato potrà usufruire del servizio di teleconsulto che gli permetterà, utilizzando gli strumenti di monitoraggio forniti, di inviare i dati rilevati tramite le apparecchiature al Centro Medico che li commenterà direttamente, in videoconferenza o teleconferenza con l'Assicurato.
- Alla scadenza dei trenta giorni successivi alla data di dimissioni, l'operatore autorizzato si recherà al domicilio dell'Assicurato e ritirerà il kit.

Cartella Medica Personale

L'Assicurato che usufruisce dei servizi di Telemonitoraggio, potrà accedere alla propria Cartella Medica Per-

sonale, uno spazio protetto sul web che gli permetterà la visualizzazione dei dati medici relativi al ricovero ed inviati al Centro Medico a seguito della dimissione. Tale visualizzazione potrà essere consentita anche al medico dell'Assicurato qualora lo volesse.

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

Dove è valida la prestazione

La prestazione “Telemedicina” è valida esclusivamente in Italia.

i) Promemoria della terapia post ricovero

A seguito di ricovero ospedaliero per malattia o infortunio, l'Assicurato, tramite AXA Assistance, potrà richiedere l'attivazione della prestazione “Promemoria della terapia post ricovero”. In questo caso, l'Assicurato contatterà la Centrale Operativa ed invierà la documentazione medica e la prescrizione della terapia farmacologica, nelle modalità concordate con l'operatore.

Di seguito verrà attivato il servizio che consiste nell'invio all'Assicurato del promemoria relativo ai farmaci, con le scadenze previste in base alla diagnosi e alla terapia prescritta.

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

Dove è valida la prestazione

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

Art. 15 | Prima Assistenza - garanzia operante esclusivamente per i contratti stipulati sino all'edizione 09/2019 delle Condizioni di assicurazione indicata in Polizza, salvo disdetta della garanzia da parte del cliente.

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

a) Emergenza

Consulenza telefonica medica e pediatrica

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

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

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

Dove è valida la prestazione

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

Invio del medico o del pediatra, invio dell'ambulanza

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

La prestazione viene fornita con costi a carico di AXA.

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

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

Dove è valida la prestazione

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

Condizioni di Assicurazione

Norme che regolano l'assicurazione – sezione assistenza

Trasporto sanitario

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

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

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

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

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

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

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

Dove è valida la prestazione

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

Accompagnatore in caso di trasporto sanitario

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

Le spese del viaggio e del soggiorno sono a carico dell'accompagnatore. AXA Assistance non garantisce di poter organizzare il rientro dell'accompagnatore con il mezzo utilizzato per il rimpatrio/trasporto dell'Assicurato.

Dove è valida la prestazione

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

Trasporto salma

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

Il trasporto sarà eseguito secondo le norme in materia e dopo aver adempiuto tutte le formalità sul luogo del decesso. AXA terrà a proprio carico le spese di trasporto e del feretro.

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

Sono escluse dalla prestazione le spese relative a:

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

Dove è valida la prestazione

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

Rientro anticipato da un viaggio per malattia o infortunio di un familiare

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

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

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

Dove è valida la prestazione

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

Organizzazione assistenza domiciliare

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

- baby sitter;
- dog sitter;
- badante;
- collaboratrice domestica;
- infermiere;
- fisioterapista;
- autista.

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

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

Dove è valida la prestazione

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

b) Orientamento

Informazioni sulla sanità

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

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

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

Dove è valida la prestazione

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

Informazioni su ricerche medico/scientifiche e protocolli di cura

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

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

Dove è valida la prestazione

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

Condizioni di Assicurazione

Norme che regolano l'assicurazione – sezione assistenza

Informazioni donne partorienti/nascita bambino

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

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

Dove è valida la prestazione

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

Informazioni Banca Cellule Staminali del cordone ombelicale

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

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

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

Dove è valida la prestazione

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

c) Prestazioni valide solo all'Estero

Interprete

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

Collegamento telefonico con la struttura sanitaria

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

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

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

Trasmissione comunicazioni urgenti

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

Viaggio di un familiare in caso di ricovero

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

Prolungamento soggiorno dei familiari per ricovero dell'Assicurato

Qualora l'Assicurato venga ricoverato all'estero per un periodo superiore a 7 giorni e i familiari al suo seguito vogliano rimanergli accanto, AXA Assistance provvederà alle spese per il loro pernottamento in albergo entro il limite di € 80,00 per notte e per persona e € 1.000,00 per sinistro, purché il prolungamento riguardi

un periodo successivo alla data di rientro inizialmente prevista. A tal fine AXA Assistance avrà la facoltà di richiedere documentazione attestante la durata del soggiorno inizialmente stabilita, anche se suddivisa in più tappe.

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

Rientro dell'Assicurato convalescente al proprio domicilio

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

Rientro/Assistenza dei figli minori privi di tutela

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

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

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

Reperimento di medicinali urgenti

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

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

ovvero

– inviare direttamente dall'Italia il farmaco richiesto.

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

Cosa non assicurato

Art. 16 | Esclusioni

Le prestazioni di assistenza garantiscono le persone assicurate nei casi di malattia od infortunio, ferme restando la decorrenza della garanzia di cui all'Art. 8 - "Termini di aspettativa" e le esclusioni previste dall'Art. 9 - "Esclusioni". Le disposizioni di tali articoli non trovano applicazione per il servizio di "Second Opinion".

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

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

Art. 17 | 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.

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

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 MPS Danni le somme che questa, per il tramite di AXA Assistance o sua corrispondente, abbia corrisposto.

Condizioni di Assicurazione

Norme che regolano l'assicurazione – sezione assistenza

Tali circostanze saranno debitamente comunicate all'Assicurato, mediante lettera raccomandata, e lo stesso sarà tenuto a restituire dette somme indebitamente liquidate da AXA MPS Danni, 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 MPS Danni si riserva il diritto di agire giudizialmente nei suoi confronti per ottenere la restituzione di quanto indebitamente liquidato.

Art. 18 | Responsabilità

AXA MPS Danni 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.

Tabella 2: Tabella riassuntiva di limiti, franchigie e/o scoperti

GARANZIE ASSISTENZA		
Garanzia	Prestazione	Limite di indennizzo
Assistenza 360 (Art. 14)	Trasporto sanitario	€5.000,00 per persona e per sinistro
	Prolungamento soggiorno dei familiari per ricovero dell'Assicurato	Spese di pernottamento €80,00 per notte e per persona e €1.000,00 per sinistro
	Consegna del farmaco a domicilio	2 consegne all'anno
	Assistenza professionale e pratica a massimale a consumo	Massimale di € 2.500,00 per Assicurato e per sinistro, fino a un massimo di 3 sinistri per Assicurato e per anno assicurativo
Prima assistenza (Art. 15) (garanzia venduta fino alla Ed. 09/2019)	Trasporto sanitario	€5.000,00 per persona e per sinistro
	Prolungamento soggiorno dei familiari per ricovero dell'Assicurato	Spese di pernottamento €80,00 per notte e per persona e €1.000,00 per sinistro

Come attivare le prestazioni

Art. 19 | Come richiedere i servizi di assistenza

I servizi di assistenza devono essere richiesti telefonicamente direttamente ad AXA Assistance

Numero Verde 800.300.433 per chiamate dall'Italia

Numero +39.06.42.115.745 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. 20 | Come richiedere il servizio di Second opinion

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

- 1) contattare la Centrale Operativa al numero verde 800.300.433 che, verificata la regolarità della richiesta, provvederà all'apertura del dossier comunicando le modalità di svolgimento del servizio ed invierà la "Scheda di informazione personale";
- 2) spedire ad AXA Assistance (Centrale Operativa Medica - Via Carlo Pesenti, 121 - 00156 Roma):
 - la documentazione clinica completa;
 - la "Scheda di informazione personale" sottoscritta dallo stesso e dal suo medico curante;
 - l'autorizzazione a contattare il suo medico curante;

- l'autorizzazione ad AXA Assistance circa il trattamento dei dati forniti ai sensi dell'Informativa sulla Privacy.

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

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

Art. 21 | Comunicazioni e variazioni

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

* * *

Condizioni di Assicurazione

Norme che regolano l'assicurazione in generale

Norme comuni

Art. 22 | Estensione territoriale

L'assicurazione vale per il mondo intero ad eccezione di quanto definito nelle prestazioni di assistenza (Artt. 14 e 15).

Art. 23 | Rischio guerra

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

Art. 24 | Eventi naturali catastrofici

L'assicurazione è estesa anche agli infortuni derivanti da movimenti tellurici, inondazioni o eruzioni vulcaniche sempre che l'Assicurato sia rimasto vittima degli eventi al di fuori del comune ove è fissata la sua residenza.

Art. 25 | 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. 26 | Altre assicurazioni

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

Quanto suddetto vale anche nel caso in cui lo stesso rischio sia coperto da contratti stipulati dall'Assicurato con Enti, Casse, Fondi Integrativi sanitari; in questo caso alla richiesta di rimborso occorrerà allegare prospetto liquidativo del medesimo o dichiarazione di mancata presa in carico della prestazione.

Art. 27 | Indicizzazione e adeguamento automatico del premio

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

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

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

L'adeguamento automatico delle somme assicurate viene applicato dopo la maggiorazione del premio prevista dall'Art. 28 - "Aggiornamento automatico del premio in base all'età dell'Assicurato e alla provincia di residenza dell'Assicurato".

Art. 28 | Aggiornamento automatico del premio in base all'età dell'Assicurato e alla provincia di residenza dell'Assicurato

Per le garanzie di cui agli artt.: 1, 2, 4, 5, 6, 7, l'assicurazione è stipulata nella forma "Adeguamento automatico del premio in base all'età e alla provincia di residenza dell'Assicurato". Al momento della prima sottoscrizione del contratto, ad ogni Assicurato verrà applicato il Premio, indicato in Polizza, corrispondente all'età al momento della sottoscrizione e alla classe di rischio della provincia di residenza.

Ad ogni rinnovo annuale, si procederà all'adeguamento del Premio applicando ad ogni Assicurato l'aumento di Premio (indicato in percentuale) corrispondente all'età corrente dell'Assicurato, secondo la tabella di seguito riportata:

Condizioni di Assicurazione

Norme che regolano l'assicurazione in generale

Aggiornamento automatico del premio in base all'età dell'Assicurato							
% aumento del premio anno su anno							
Età anni	Percentuali	età anni	Percentuali	età anni	Percentuali	età anni	Percentuali
0	-	19	3,90%	38	2,05%	57	3,10%
1	14,50%	20	3,75%	39	2,10%	58	3,20%
2	13,50%	21	3,60%	40	2,20%	59	3,20%
3	12,50%	22	3,20%	41	2,30%	60	3,20%
4	10,50%	23	3,00%	42	2,40%	61	3,20%
5	8,20%	24	2,70%	43	2,50%	62	3,20%
6	7,30%	25	2,50%	44	2,55%	63	3,20%
7	6,40%	26	2,30%	45	2,60%	64	3,20%
8	5,80%	27	2,10%	46	2,70%	65	3,30%
9	5,30%	28	2,00%	47	2,75%	66	3,50%
10	5,10%	29	2,00%	48	2,80%	67	3,60%
11	4,90%	30	2,00%	49	2,80%	68	3,70%
12	4,70%	31	2,00%	50	2,80%	69	3,70%
13	4,50%	32	1,90%	51	2,85%	70	3,80%
14	4,40%	33	1,80%	52	2,90%	71	3,80%
15	4,25%	34	1,80%	53	2,90%	72	4,00%
16	4,20%	35	1,80%	54	2,95%	73	4,00%
17	4,10%	36	1,90%	55	3,00%	74	4,00%
18	4,00%	37	2,00%	56	3,05%	75 ed oltre	6,00%

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

Art. 29 | Recesso per limite di età

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

Art. 30 | Rinuncia al diritto di recesso in caso di sinistro

Le Parti rinunciano a recedere dal contratto in caso di sinistro salvo quanto previsto dall'Art. 40 "Effetto, durata e disdetta del contratto"

Art. 31 | Rinuncia al diritto di rivalsa

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

Art. 32 | Persone non assicurabili

Non sono assicurabili, indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute, le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza, sindrome da immunodeficienza acquisita (A.I.D.S.) e sieropositività da H.I.V.. L'assicurazione cessa immediatamente di avere efficacia con il loro manifestarsi (fermo restando quanto previsto dall'Art. 3 - "Prestazioni sanitarie assistenziali" e dall'art. 4 al punto Estensioni di garanzia (qualora operanti).

Art. 33 | Oneri fiscali

Gli oneri fiscali relativi all'assicurazione sono a carico del Contraente. Il presente contratto è soggetto all'imposta sulle assicurazioni vigente in Italia.

Il Contraente, in caso di variazione di residenza/sede legale nel corso di durata del contratto, presso altro Paese membro della stessa Unione Europea, è tenuto a comunicare per iscritto l'avvenuto trasferimento, non

Condizioni di Assicurazione

Norme che regolano l'assicurazione in generale

oltre i 30 giorni dallo stesso e comunque in tempo utile per gli adeguamenti conseguenti in prossimità del pagamento del premio, in conformità alla legislazione fiscale del Paese di nuova residenza. Sarà cura di AXA MPS DANNI l'espletamento degli adempimenti dichiarativi ed il pagamento del tributo per conto del Contraente. In caso di omessa comunicazione, AXA MPS DANNI avrà diritto di rivalsa sul Contraente per le somme versate all'Autorità fiscale dello stato estero di nuova residenza, sia a titolo di imposta, sia di sanzioni, interessi e spese, in conseguenza di addebiti per omesso od insufficiente versamento del tributo.

Art. 34 | Modifiche dell'assicurazione

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

Art. 35 | Assicurazione per conto altrui – Titolarità dei diritti e degli obblighi nascenti dalla polizza

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

Art. 36 | Foro competente

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

Art. 37 | Rinvio alle norme di legge-Glossario

Il Glossario è parte integrante delle presenti Condizioni di Assicurazione. Per quanto non diversamente regolato, valgono le norme di Legge.

Art. 38 | Forma delle comunicazioni

Tutte le comunicazioni alle quali il Contraente, l'Assicurato o i Beneficiari sono tenuti, salvo quanto previsto nelle specifiche clausole contrattuali anche in termini di utilizzo di sistemi e documenti informatici, nonché di posta elettronica, devono essere effettuate per iscritto e spiegano effetti dal momento in cui pervengono ad AXA MPS Danni, all'indirizzo corrispondente alla sede legale, oppure alla filiale presso la quale è stato emesso il contratto.

Art. 39 | Paesi soggetti a sanzioni internazionali - Clausola di esclusione per sanzioni economiche e finanziarie

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

Art. 40 | Effetto, durata e disdetta del contratto

Fermi i termini di Aspettativa di cui all'Art. 8 – “Termini di aspettativa”, l'assicurazione ha effetto dalle ore 24.00 del giorno indicato in Polizza, se il Premio o la prima rata di Premio sono stati pagati; altrimenti ha effetto dalle ore 24.00 del giorno del pagamento e scadrà alle ore 24.00 dell'ultimo giorno della durata stabilita nel contratto stesso. Se il Contraente non paga i Premi o le rate di Premio successive, a parziale deroga dell'art.1901 c.c., in senso più favorevole al Contraente, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24.00 del 21°, anziché il 15°, giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24.00 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze, ai sensi dell'art. 1901 c.c. Il contratto stipulato con la formula del tacito rinnovo, in mancanza di disdetta comunicata da una delle Parti e, pervenuta all'altra parte almeno 30 giorni prima della scadenza, se di durata non inferiore all'anno è prorogato per un anno e così successivamente.

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. 8 “Termini di aspettativa vengono conteggiati a far data dalle ore 24 del giorno in cui si effettua il pagamento.

Art. 41 | Effetto, durata e disdetta del contratto stipulato mediante tecniche di comunicazione a distanza

Fermo il disposto dell'Art. 40 – “Effetto, durata e disdetta del contratto”, qualora il contratto sia stato concluso mediante tecniche di comunicazione a distanza, AXA MPS Danni si obbliga ad eseguire le prestazioni oggetto del Contratto, se non rifiutate dal Contraente, dalle ore 24 della conclusione del contratto a titolo gratuito.

Il contratto a titolo oneroso per il Contraente si considera concluso alle ore 24 del giorno dell'addebito della prima rata del premio.

Il Contraente ha comunque facoltà di recedere nei 14 giorni successivi alla data del primo addebito del Premio o esercitare la disdetta comunicando ad AXA MPS Danni la propria volontà, a sua scelta:

- a mezzo lettera raccomandata;

Condizioni di Assicurazione

Norme che regolano l'assicurazione in generale

- rivolgendosi telefonicamente allo Smart Center di AXA MPS Danni attraverso il numero verde dedicato 800 231 187 e autorizzando l'operatore a registrare la richiesta.

In caso di recesso AXA MPS Danni rimborsa al Contraente l'eventuale Premio addebitato, senza trattenuta alcuna, con le stesse modalità definite per il pagamento dei Premi.

Art. 42 | Cambiamento della residenza

In caso di variazione di residenza (risultante dal certificato anagrafico relativo) di uno o più assicurati, il Contraente deve darne comunicazione per iscritto ad AXA MPS Danni, entro le ore 24.00 del 30° giorno dalla data della variazione. Decorso tale termine, in caso di mancata comunicazione, le Garanzie rimangono sospese fino a quando il Contraente ne abbia dato notizia per iscritto ad AXA MPS Danni, fermo il disposto dell'art.1898 c.c.

Art. 43 | 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. 44 | Limiti di età

Al momento della sottoscrizione del contratto l'età degli Assicurati non potrà essere superiore a 70 anni

Art. 45 | Limite massimo dell'indennizzo

Salvo quanto espressamente previsto alle singole Garanzie, nonché dall'art. 1914 c.c., a nessun titolo AXA MPS Danni potrà essere tenuta a pagare somma maggiore di quella assicurata, in ragione dei limiti e delle condizioni stabilite per le singole Garanzie.

Art. 46 | Colpa grave

L'assicurazione è efficace, anche per i Danni determinati da colpa grave dell'Assicurato; per tutte le Garanzie, l'assicurazione è efficace per i Sinistri cagionati per colpa grave delle persone delle quali l'Assicurato debba rispondere a norma di Legge.

Art. 47 | Buona fede

L'omissione della comunicazione, da parte del Contraente, di una circostanza eventualmente aggravante il rischio successiva alla stipulazione della presente Polizza, non pregiudica il diritto al risarcimento dei Danni, sempreché tale omissione sia avvenuta in buona fede, e con l'intesa che il Contraente avrà l'obbligo di corrispondere alla AXA MPS Danni il maggior Premio proporzionale al maggior rischio, con decorrenza dal momento in cui la circostanza aggravante si è verificata.

Art. 48 | Rinuncia al diritto di surrogazione

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

Art. 49 | Accesso al network convenzionato

Agli Assicurati verranno garantite tariffe agevolate presso tutte le strutture facenti parte del Network convenzionato di AXA dietro presentazione di un titolo che li qualifichi come aventi diritto.

Per richieste relative al network convenzionato è possibile contattare la Centrale Operativa ai seguenti recapiti: Servizio telefonico disponibile dal lunedì al venerdì dalle 9.00 alle 19.00 e il sabato dalle 9.00 alle 13.00

Per chiamate dall'Italia Numero Verde 800 231 187

Per chiamate dall'estero Numero non gratuito + 39 06 45 202 136

Sito www.axa-mps.it App MY AXA

<https://salute.axa.it>.

La Centrale Operativa sarà a disposizione dell'Assicurato per fornire le informazioni di carattere medico/sanitario riguardo a:

- singole strutture convenzionate (con indicazione della loro ubicazione);
- prestazioni specialistiche;
- nominativo degli specialisti accreditati e loro reperibilità.

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

1341 c.c. Condizioni generali di contratto

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

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

1342 c.c. Contratto concluso mediante moduli o formulari

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- 1897 c.c. Diminuzione del rischio**
Se il contraente comunica all'assicuratore mutamenti che producono una diminuzione del rischio tale che, se fosse stata conosciuta al momento della conclusione del contratto, avrebbe portato alla stipulazione di un premio minore, l'assicuratore, a decorrere dalla scadenza del premio o della rata di premio successiva alla comunicazione suddetta, non può esigere che il minor premio, ma ha facoltà di recedere dal contratto entro due mesi dal giorno in cui è stata fatta la comunicazione.
La dichiarazione di recesso dal contratto ha effetto dopo un mese.
- 1901 c.c. Mancato pagamento del premio**
Se il contraente non paga il premio o la prima rata di premio stabilita dal contratto, l'assicurazione resta sospesa fino alle ore ventiquattro del giorno in cui il contraente paga quanto è da lui dovuto.
Se alle scadenze convenute il contraente non paga i premi successivi, l'assicurazione resta sospesa dalle ore ventiquattro del quindicesimo giorno dopo quello della scadenza.
Nelle ipotesi previste dai due commi precedenti il contratto è risolto di diritto se l'assicuratore, nel termine di sei mesi dal giorno in cui il premio o la rata sono scaduti, non agisce per la riscossione; l'assicuratore ha diritto soltanto al pagamento del premio relativo al periodo di assicurazione in corso e al rimborso delle spese. (...)
- 1910 c.c. Assicurazione presso diversi assicuratori**
Se per il medesimo rischio sono contratte separatamente più assicurazioni presso diversi assicuratori, l'assicurato deve dare avviso di tutte le assicurazioni a ciascun assicuratore.
Se l'assicurato omette dolosamente di dare l'avviso, gli assicuratori non sono tenuti a pagare l'indennità. Nel caso di sinistro, l'assicurato deve darne avviso a tutti gli assicuratori a norma dell'articolo 1913, indicando a ciascuno il nome degli altri. L'assicurato può chiedere a ciascun assicuratore l'indennità dovuta secondo il rispettivo contratto, purché le somme complessivamente riscosse non superino l'ammontare del danno.
L'assicuratore che ha pagato ha diritto di regresso contro gli altri per la ripartizione proporzionale in ragione delle indennità dovute secondo i rispettivi contratti. Se un assicuratore è insolvente, la sua quota viene ripartita fra gli altri assicuratori.
- 1913 c.c. Avviso all'assicuratore in caso di sinistro**
L'assicurato deve dare avviso del sinistro all'assicuratore o all'agente autorizzato a concludere il contratto, entro tre giorni da quello in cui il sinistro si è verificato o l'assicurato ne ha avuta conoscenza. Non è necessario l'avviso, se l'assicuratore o l'agente autorizzato alla conclusione del contratto interviene entro il detto termine alle operazioni di salvataggio o di constatazione del sinistro. (...)
- 1916 c.c. Diritto di surrogazione dell'assicuratore**
L'assicuratore che ha pagato l'indennità è surrogato, fino alla concorrenza dell'ammontare di essa, nei diritti dell'assicurato verso i terzi responsabili. Salvo il caso di dolo, la surrogazione non ha luogo se il danno è causato dai figli, dagli affiliati, dagli ascendenti, da altri parenti o da affini dell'assicurato stabilmente con lui conviventi o da domestici. L'assicurato è responsabile verso l'assicuratore del pregiudizio arrecato al diritto di surrogazione. Le disposizioni di questo articolo si applicano anche alle assicurazioni contro gli infortuni sul lavoro e contro le disgrazie accidentali.
- 2952 c.c. Prescrizione in materia di assicurazione**
Il diritto al pagamento delle rate di premio si prescrive in un anno dalle singole scadenze. Gli altri diritti derivanti dal contratto di assicurazione e dal contratto di riassicurazione si prescrivono in due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda.
Nell'assicurazione della responsabilità civile, il termine decorre dal giorno in cui il terzo ha richiesto il risarcimento all'assicurato o ha promosso contro di questo l'azione. La comunicazione all'assicuratore della richiesta del terzo danneggiato o dell'azione da questo proposta sospende il corso della prescrizione finché il credito del danneggiato non sia divenuto liquido ed esigibile oppure il diritto del terzo danneggiato non sia prescritto. La disposizione del comma precedente si applica all'azione del riassicurato verso il riassicuratore per il pagamento dell'indennità.

INFORMATIVA GENERALE SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI



Chi decide perché e come trattare i dati?

AXA MPS Assicurazioni Danni S.p.A., titolare del trattamento dei dati, rispetta le persone con le quali entra in contatto. Per questo tratta con cura i suoi dati personali, cioè le informazioni a lei riferite (di seguito indicati anche come “dati comuni”, quali ad esempio i dati identificativi e di contatto), che utilizza per lo svolgimento delle proprie attività e che possono essere forniti da lei o da terzi, ovvero essere acquisiti consultando banche dati, elenchi e registri legittimamente accessibili. A conferma di questo impegno e per dare esecuzione alle norme che tutelano il trattamento dei dati personali, forniamo qui di seguito le informazioni essenziali che permettono di esercitare in modo agevole e consapevole i diritti previsti dalla vigente normativa. Qualora i dati forniti da lei o da terzi si riferiscano a soggetti minori di età sui quali lei esercita la responsabilità genitoriale o la tutela legale, ovvero a familiari/congiunti per l'esecuzione di prestazioni assicurative (es. polizze collettive), le presenti informazioni e le dichiarazioni di volontà formulate rispetto alle richieste di consenso si intendono riferite anche ai trattamenti su questi dati.



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

a) Finalità assicurativa¹

Per svolgere adeguatamente le attività necessarie alla gestione del rapporto assicurativo, la nostra Società (di seguito anche “AMAD” o la “Compagnia”) ha la necessità di disporre di dati personali, a lei riferiti (che possono essere dati già acquisiti, forniti da lei o da altri soggetti², anche mediante la consultazione di banche dati ed il dispositivo di black box e/o dati ancora da acquisire, alcuni dei quali ci debbono essere forniti da lei o da terzi per obbligo di legge³) e a questo fine si trova nella necessità di trattarli nel quadro del rapporto assicurativo.

In questo ambito, useremo i suoi dati personali per fornire servizi e prodotti assicurativi della Compagnia nell'ambito delle seguenti attività, indicate a titolo esemplificativo e non esaustivo:

- quotazione, preventivi, predisposizione, stipulazione di polizze assicurative ed esecuzione degli obblighi dalle stesse derivanti; raccolta dei premi; liquidazione dei sinistri, pagamento o esecuzione di altre prestazioni;
- riassicurazione e coassicurazione;
- prevenzione e individuazione delle frodi assicurative e relative azioni legali; esercizio o difesa di diritti dell'assicurazione;
- adempimento di altri specifici obblighi di legge o contrattuali;
- analisi di nuovi mercati assicurativi o prodotti o servizi;
- gestione e controllo interno;
- attività statistiche, anche a fini di tariffazione, tra cui attività di studio statistico sulla base clienti AMAD, anche strumentali a future evoluzioni della Compagnia (ad esempio negli ambiti di sofisticazione della tariffazione, ottimizzazione della gestione dei sinistri e studio di nuove

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

² Ad esempio: altri soggetti inerenti al rapporto che la riguarda (contraenti di assicurazioni in cui lei risulti assicurato, beneficiario ecc.; coobbligati); altri operatori assicurativi (quali agenti, broker di assicurazione, imprese di assicurazione ecc.); soggetti che, per soddisfare le sue richieste (quali una copertura assicurativa, la liquidazione di un sinistro ecc.), forniscono informazioni creditizie e commerciali; organismi associativi e consortili propri del settore assicurativo altri soggetti pubblici.

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

- offerte commerciali sulla base dei comportamenti dei clienti) utilizzando anche tutti i dati raccolti dalla Black box (quali le informazioni sui movimenti e localizzazioni del veicolo, ubicazione, dati di percorrenza, dati di profilazione, tipo di percorso, collisioni/incidenti, accelerazioni e decelerazioni, velocità, i comportamenti di guida, dati raccolti dalla black box prima dell'elaborazione - i cosiddetti "dati grezzi");
- valutazione inerente eventuali finanziamenti per il pagamento del premio;
 - attività antifrode con screening delle informazioni pubbliche, tra cui quelle raccolte tramite siti web e social media;
 - utilizzo dei dati in forma anonima per attività di analisi e statistiche di mercato;
 - utilizzo dei dati raccolti dalla Black box necessari per dare esecuzione a specifici servizi assicurativi che, per puntuale previsione contrattuale, possono comportare anche l'attribuzione automatica di specifici profili che permettono di definire una tariffa personalizzata (quali le informazioni sui movimenti e localizzazioni del veicolo, ubicazione, dati di percorrenza, tipo di percorso, collisioni/incidenti, accelerazioni e decelerazioni, velocità, i comportamenti di guida, dati di profilazione, dati raccolti dalla black box prima dell'elaborazione - i cosiddetti "dati grezzi");
 - servizi di monitoraggio dei parametri delle condizioni generali del cliente rispetto al suo benessere fisico, ad eventi inerenti all'abitazione o comunque inerenti alla gestione di servizi assicurativi;
 - valutazione delle condizioni che permettono di definire la prosecuzione di un rapporto assicurativo in essere ed il rinnovo di una polizza in scadenza.

I dati forniti potranno essere utilizzati confrontandoli ed arricchendoli mediante la consultazione di banche dati legittimamente accessibili, quali i sistemi di informazioni creditizie, utili per verificare il possesso di requisiti specifici richiesti dalle compagnie per l'accesso ad agevolazioni e vantaggi, quali la rateizzazione del premio.

A tali fini, non è richiesto il suo consenso per il trattamento dei suoi dati comuni strettamente necessari per la fornitura dei suddetti servizi e/o prodotti assicurativi e/o prestazioni da parte di AMAD e di terzi a cui tali dati saranno comunicati⁴.

Si precisa che non è richiesto il suo consenso per il trattamento dei dati telematici raccolti attraverso la cd. "Black Box", nel caso in cui il trattamento di questi dati sia necessario per la conclusione o l'esecuzione del contratto tra la persona cui si riferiscono i dati ed AMAD, nell'ipotesi in cui le condizioni generali di polizza prevedano l'utilizzo di tale strumento anche per la gestione del rapporto contrattuale. L'adesione a tale tipo di contratto comporta quindi la necessità di trattare i dati raccolti tramite la cd. Black Box per poter dare esecuzione al contratto; pertanto non è richiesto un suo specifico consenso al trattamento dei dati per tale finalità che è conseguente alla sua adesione al contratto stesso.

Resta inteso che, nell'ambito di questo trattamento, i dati telematici (quali le informazioni sui movimenti e localizzazioni del veicolo, i comportamenti di guida e i cosiddetti dati grezzi) sono necessari per dare esecuzione ai servizi assicurativi, che prevedono anche l'attribuzione automatica di specifici profili al fine di definire una tariffa personalizzata.

Inoltre, tale tipo di contratto comporta un processo decisionale automatizzato finalizzato alla determinazione dello sconto/premio applicabile (es. sulla base del numero di KM percorsi rilevati attraverso la cd. Black Box o sulla base del profilo del comportamento di guida del cliente). L'adesione a tale tipo di contratto comporta quindi la necessità di procedere ad una profilazione, in relazione ad esempio al comportamento di guida. Il processo decisionale automatizzato connesso, secondo il tipo di contratto, alla percorrenza chilometrica e/o alla profilazione, permette l'attribuzione automatica di una tariffa più aderente al comportamento di guida del singolo cliente, oltre che ad eventuali caratteristiche del territorio e della situazione meteorologica. La profilazione e decisione

⁴ I dati possono essere comunicati a taluni dei seguenti soggetti: società del Gruppo a cui appartiene AMAD (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.

automatizzata comporta che una guida virtuosa può determinare dei benefici sul premio, determinati su parametri oggettivi rilevati dalla black box.

Viceversa, il consenso è richiesto per il trattamento delle categorie particolari di dati⁵, quali i dati inerenti essenzialmente alla sua salute (di seguito indicati anche come “dati sensibili”). Il consenso che le chiediamo riguarda quindi il trattamento degli eventuali dati sensibili il cui utilizzo sarà strettamente inerente alla fornitura dei servizi, e/o prodotti assicurativi e/o delle prestazioni citate il cui trattamento è ammesso dalla normativa vigente in materia di protezione dei dati personali. Inoltre, esclusivamente per le finalità sopra indicate e sempre limitatamente a quanto di stretta competenza in relazione allo specifico rapporto intercorrente tra lei e AMAD, secondo i casi, i suoi dati possono o debbono essere comunicati ad altri soggetti del settore assicurativo o di natura pubblica che operano - in Italia o all'estero - come autonomi titolari, soggetti tutti così costituenti la c.d. “catena assicurativa”⁶, in parte anche in funzione meramente organizzativa.

Il consenso che le chiediamo riguarda, pertanto, anche gli specifici trattamenti e le comunicazioni all'interno della “catena assicurativa” effettuati dai predetti soggetti. Precisiamo che senza i suoi dati non saremo in grado di fornirle le prestazioni, i servizi e/o i prodotti assicurativi citati. Quindi, in relazione a questa specifica finalità, il suo consenso è il presupposto necessario per lo svolgimento del rapporto assicurativo.

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

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

Base giuridica del trattamento: per la finalità assicurativa sopra descritta, in tutte le sue ampie esemplificazioni, la base giuridica che legittima il trattamento è in ogni caso la necessità di disporre di dati personali per l'esecuzione di un contratto di cui l'interessato è parte o all'esecuzione di misure precontrattuali adottate su richiesta dello stesso. Ulteriore base giuridica che legittima l'utilizzo dei dati per tale finalità è la necessità di disporre di dati personali per adempiere un obbligo legale al quale è soggetto il titolare del trattamento. Infine, il trattamento è necessario per il perseguimento del legittimo interesse del titolare del trattamento a svolgere l'attività assicurativa, incluse le attività di studio statistico, attività per individuare e gestire comportamenti fraudolenti e illeciti e di invio di comunicazioni di servizio strumentali e utili al miglioramento della gestione del rapporto assicurativo.

⁵ Ai sensi del comma 1 dell'art. 9 del GDPR, si tratta di dati personali che rivelino l'origine razziale o etnica, le opinioni politiche, le convinzioni religiose o filosofiche, o l'appartenenza sindacale, nonché trattare dati genetici, dati biometrici intesi a identificare in modo univoco una persona fisica, dati relativi alla salute o alla vita sessuale o all'orientamento sessuale della persona.

⁶ La cd. catena assicurativa è il complesso tessuto di rapporti contrattuali tra le imprese di assicurazioni e numerosi soggetti (persone fisiche e giuridiche, operanti in Italia e all'estero) con i quali cooperano nel gestire un medesimo rischio assicurativo (es. società del Gruppo (controllanti, controllate e collegate, anche indirettamente); altri assicuratori, coassicuratori; agenti, subagenti, mediatori di assicurazione e di riassicurazione, produttori ed altri canali di acquisizione e gestione di contratti di assicurazione; banche, Società di Gestione del Risparmio, SIM, legali; periti; medici; autofficine, enti pubblici o associazioni di categoria - Per maggiori dettagli vedi la sezione Modalità di uso dei dati). Tale pluralità di rapporti è peculiare dell'attività assicurativa e necessario per la gestione dei servizi assicurativi che si articola fisiologicamente in una pluralità di “fasi” (dalla c.d. fase assuntiva a quella liquidativa) che possono interessare i soggetti appartenenti alla catena assicurativa, i quali devono necessariamente trattare i dati personali di diversi interessati (contraente, assicurato, beneficiario e, a certe condizioni, terzo danneggiato), taluni dei quali possono non entrare direttamente in contatto con l'assicurazione in sede di conclusione del contratto.

b) Finalità commerciali e di marketing

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

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

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

In particolare, potremo provvedere alle seguenti attività:

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

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

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

Potremo inoltre provvedere, sempre con il suo consenso, all'invio di materiale pubblicitario, effettuare attività di vendita diretta, compiere ricerche di mercato e comunicarle novità in merito ai prodotti e servizi forniti dai partner del nostro Gruppo. Precisiamo che le attività di comunicazione e marketing sopra descritte potranno essere realizzate da AMAD, da società appartenenti allo stesso Gruppo e dai suoi agenti e collaboratori, i quali agiranno quali responsabili ed incaricati nominati dal Titolare.

Chiariamo, infine, che, anche senza un suo espresso consenso, potremo utilizzare il contatto di posta elettronica che ci ha fornito in occasione dell'acquisto di un nostro prodotto o servizio per la vendita diretta di nostri prodotti o servizi analoghi a quelli già acquistati. In tale caso, avrà sempre la possibilità di opporsi all'uso di tali dati anche in occasione dei messaggi di contatto che riceverà via posta elettronica.

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

⁷ Cfr. nota 2.

Per l'utilizzo del contatto di posta elettronica che ci ha fornito in occasione dell'acquisto di un nostro prodotto o servizio per la vendita diretta di nostri prodotti o servizi analoghi a quelli già acquistati, la base giuridica è il legittimo interesse della Compagnia.



Modalità di trattamento

I suoi dati personali sono trattati⁸ da AMAD - titolare del trattamento - solo con modalità strettamente necessarie per fornirle le prestazioni, i servizi e/o prodotti assicurativi richiesti o previsti in suo favore ovvero, qualora vi abbia acconsentito, per ricerche di mercato, indagini statistiche, attività promozionali, utilizzando modalità manuali e automatizzate, ivi comprese tecniche comunemente usate in ambito di data science nel rispetto del principio di minimizzazione. Sono utilizzate le medesime modalità e procedure anche quando i dati vengono comunicati per gli stessi fini ai soggetti già indicati nella presente informativa, i quali a loro volta sono impegnati a trattarli usando solo modalità e procedure strettamente necessarie per le specifiche finalità indicate nella presente informativa.



A chi sono comunicati i dati?

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

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

- assicuratori, coassicuratori e riassicuratori; agenti, subagenti, mediatori di assicurazione e di riassicurazione, contraente delle polizze, produttori ed altri canali di acquisizione e gestione di contratti di assicurazione; banche, Società di Gestione del Risparmio, SIM; legali; periti; medici; autofficine; centri di demolizione di autoveicoli;
- società di servizi per il quietanzamento; società di servizi a cui siano affidati la gestione, la liquidazione ed il pagamento dei sinistri, tra cui centrale operativa di assistenza, società di consulenza, cliniche convenzionate; società di servizi informatici e telematici o di archiviazione; società di servizi postali (per trasmissione, imbustamento, trasporto e smistamento delle comunicazioni alla clientela); società di revisione e di consulenza; società che gestiscono sistemi di informazioni creditizie ai sensi del Codice deontologico di cui all'allegato A.5 del Codice privacy; società di informazione commerciale per rischi finanziari ai sensi del Codice deontologico di cui all'allegato A.7 del Codice privacy; società di servizi per il controllo delle frodi ed il monitoraggio delle attività di distribuzione; società di recupero crediti; società che possono verificare l'accessibilità a finanziamenti per il pagamento dei premi. Si precisa che il titolare fornirà alle società che gestiscono sistemi di informazione creditizie e sistemi di informazione commerciale per rischi commerciali esclusivamente i dati personali necessari per la consultazione dei dati di tali sistemi;
- società del Gruppo a cui appartiene la nostra Compagnia (controllanti, controllate o collegate, anche indirettamente, ai sensi delle vigenti disposizioni di legge), anche per finalità amministrativo-contabili e Cassa Assistenza Assicurazioni AXA per finalità assistenziali e di servizio;
- società partner, autonome titolari del trattamento:
 - se applicabile al singolo prodotto, per la fornitura di garanzie e servizi connessi e strumentali all'esecuzione del contratto assicurativo (es. prevenzione rischi cyber; servizio di antifurto);
 - per attività di studio statistico sulla base di clienti AMAD, anche strumentali a future evoluzioni della Compagnia (ad esempio negli ambiti di sofisticazione della

⁸ Il trattamento può comportare le operazioni di 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.

tariffazione, ottimizzazione della gestione dei sinistri e studio di nuove offerte commerciali sulla base dei comportamenti dei clienti);

- ANIA (Associazione Nazionale fra le Imprese Assicuratrici); organismi associativi e consortili propri del settore assicurativo IVASS (Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni); nonché altri soggetti, quali: 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; Magistratura; Forze dell'ordine (P.S.; C.C.; G.d.F.; VV. FF; VV. UU); altri soggetti o banche dati nei confronti dei quali la comunicazione dei dati è obbligatoria.

Per talune attività utilizziamo soggetti di nostra fiducia - operanti talvolta anche al di fuori dell'Unione Europea - che svolgono per nostro conto compiti di natura tecnica, organizzativa o gestionale; lo stesso fanno anche i soggetti già indicati nella presente informativa a cui i dati vengono comunicati. In ogni caso il trasferimento dei dati fuori dall'Unione Europea avverrà sulla base delle ipotesi previste dalla vigente normativa, tra cui l'utilizzo di regole aziendali vincolanti (cd. BCR - Binding Corporate Rules) per i trasferimenti all'interno del Gruppo AXA, l'applicazione di clausole contrattuali standard definite dalla Commissione Europea per trasferimenti verso società non appartenenti al Gruppo AXA o la verifica della presenza di un giudizio di adeguatezza del sistema di protezione dei dati personali del Paese importatore dei dati.

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

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

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



Per quanto tempo i dati vengono conservati?

I dati vengono conservati per tutto il tempo necessario alla gestione del rapporto con l'interessato, in accordo a quanto previsto dalla normativa vigente (es. codice civile), fermo restando che decorsi 10 anni dalla cessazione del rapporto con il cliente si procede in ogni caso alla cancellazione dei dati stessi.

Per le attività di marketing in caso di manifestazione dei consensi opzionali richiesti, i dati raccolti saranno conservati per il tempo necessario coerente con le finalità commerciali (e comunque per non più di 24 mesi dalla cessazione del rapporto) e nel rispetto della correttezza e del bilanciamento fra legittimo interesse del Titolare e diritti e libertà dell'interessato.



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

Lei ha il diritto di conoscere chi sono i responsabili del trattamento, accedere ai suoi dati, farli aggiornare, integrare, rettificare o cancellare, di chiederne la limitazione e di opporsi al loro trattamento nei casi previsti dalla legge, di richiedere la portabilità dei dati, far valere il diritto all'oblio e, per il processo di decisione automatizzata, ottenere l'intervento umano da parte del Titolare del trattamento, esprimere la propria opinione e contestare la decisione. Per l'esercizio dei suoi diritti, lei può rivolgersi ad AXA MPS Assicurazioni Danni S.p.A. - Via Aldo Fabrizi, 9 - c.a. Data Protection Officer - 00128 ROMA - e-mail: privacy@axa.it.

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

Per maggiori informazioni, si invita a visitare la sezione privacy del sito web <https://www.axa-mps.it/privacy>.

INFORMATIVA PRIVACY

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

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

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



axa-mps.it

Il presente documento è aggiornato alla data del 19 novembre 2021.

AXA MPS Assicurazioni Danni S.p.A. – Sede Legale: Via Aldo Fabrizi n. 9, 00128 Roma - Italia
Tel.: (+39) 06 51760.1, Fax: (+39) 06 51760551 - PEC: axampsdanni@legalmail.it

Capitale Sociale € 39.000.000 interamente versato - Codice Fiscale e numero iscrizione al Registro delle Imprese di Roma: 02513360582 - P. I.V.A. GRUPPO IVA AXA ITALIA n. 10534960967, Numero R.E.A. della C.C.I.A.A. di Roma 441156 – Autorizzata all'esercizio delle Assicurazioni con Decreto del Ministero dell'Industria, del Commercio e dell'Artigianato del 30/9/1974 (G.U. 11/10/1974 n. 266). Compagnia iscritta alla Sez. I dell'Albo delle Imprese IVASS al n. 1.00049.
La Società è soggetta all'attività di direzione e coordinamento di AXA Assicurazioni S.p.A. ed appartiene al Gruppo assicurativo AXA ITALIA, iscritto all'Albo dei Gruppi assicurativi con il n. 041.