

Le informazioni precontrattuali e contrattuali complete relative al prodotto sono fornite in altri documenti.

Che tipo di assicurazione è?

Questa polizza assicura le spese mediche dell'Assicurato a seguito di malattia o infortunio con prestazioni di Assistenza.



Che cosa è assicurato?

✓ **Ambito Ricoveri e Interventi**

✓ **Ricoveri e interventi Network AXA**

✓ **Ricoveri e interventi PLUS**

rimborso delle spese mediche sostenute in caso di ricovero o intervento chirurgico, resi necessari da malattia, infortunio, parto o aborto terapeutico. L'arco temporale di copertura delle spese inizia 120 giorni prima, prosegue durante e termina 120 giorni dopo il ricovero o l'intervento chirurgico senza ricovero. Rimborso delle spese sostenute durante il Day Hospital. La garanzia copre il Check up.

Il Massimale delle garanzie Ricoveri e Interventi Network AXA e Ricoveri e Interventi PLUS, è pari a € 5.000.000.

✓ **Ambito Esami e Visite**

✓ **Alta Diagnostica e Fisioterapia:** rimborso degli accertamenti diagnostici di alta specializzazione, trattamenti fisioterapici e rieducativi e terapie ambulatoriali da neoplasie.

Il Massimale della garanzia è pari a € 2.000.

✓ **Visite, Diagnostica e Fisioterapia:** rimborso delle visite specialistiche, degli accertamenti diagnostici (compresi quelli di alta specializzazione), dei trattamenti fisioterapici e rieducativi e delle terapie ambulatoriali da neoplasie.

Il Massimale della garanzia è pari a € 4.000:

– € 2.000 per alta specializzazione e fisioterapia

– € 2.000 per visite ed esami

✓ **Ambito Assistenza**

✓ **Assistenza 360**

✓ Consulenza telefonica in caso di emergenza

✓ Informazioni, in caso di emergenza, relative alla sanità pubblica in Italia (quali ad esempio: esenzioni, maternità e gravidanza, ticket, farmaci, medico di famiglia, rimborsi, liste di attesa)

✓ Organizzazione assistenza domiciliare

✓ Assistenza medica d'urgenza all'Estero

✓ Servizio di teleconsultazione “My Doctor”

✓ Second Opinion

✓ Consulenze specialistiche

✓ Prescrizione visita specialistica e/o esame diagnostico

✓ Servizio non specialistico/assistenza e accompagnamento

✓ Telemedicina (comunicazione audiovisiva e kit di rilevamento)



Che cosa non è assicurato?

✗ Le garanzie non acquistate

✗ Le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza, AIDS o sieropositività da HIV

✗ L'assicurazione non è operante per (di seguito alcuni dei principali rischi esclusi):

✗ le eventuali esclusioni espressamente riportate sul questionario sanitario in base alle dichiarazioni dello stato di salute dell'Assicurato

✗ le prestazioni sanitarie e le cure delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, riconosciuti dal Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali, la psicoterapia

✗ le prestazioni sanitarie, le cure e gli interventi di carattere estetico, difetti fisici o malformazioni congenite (eccezioni per i neonati o neoplasie)

✗ gli infortuni causati dallo stato di ubriachezza dell'Assicurato o dall'effetto di allucinogeni, stupefacenti o psicofarmaci

✗ le prestazioni sanitarie non riconosciute dalla medicina ufficiale

✗ gli infortuni causati dalla pratica di sport aerei in genere o dalla partecipazione a gare motoristiche ed alle relative prove



Ci sono limiti di copertura?

! Il contratto prevede l'applicazione di franchigie e/o scoperti e/o massimali alle coperture assicurative.

! Periodo di carenza contrattuale: le garanzie operano dalle ore 24:
– del giorno di effetto dell'assicurazione, per gli infortuni accaduti 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 con specifica clausola aggiuntiva, 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.



Dove vale la copertura?

✓ La copertura vale in tutto il mondo, tranne per alcune prestazioni di Assistenza valide in Italia.



Che obblighi ho?

Quando sottoscrivi il contratto, hai il dovere di fare dichiarazioni veritiere, esatte e complete sul rischio da assicurare e di comunicare, nel corso del contratto, i cambiamenti che comportano un aggravamento del rischio assicurato. Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti, o l'omessa comunicazione dell'aggravamento del rischio, possono comportare la cessazione della polizza, il mancato pagamento o il pagamento in forma ridotta del danno, ovvero il diritto di rivalsa per i danni risarciti obbligatoriamente a terzi. In caso di sinistro devi darne avviso all'assicuratore tempestivamente e fornire la documentazione richiesta e ogni informazione utile inerente il sinistro al fine di ottenere il risarcimento del danno.



Quando e come devo pagare?

Il premio viene pagato annualmente ed in via anticipata, salvo diversa pattuizione. Per i contratti venduti attraverso il canale telefonico, i primi due mesi di copertura successivi alla data di effetto del contratto sono gratuiti.

Puoi effettuare il pagamento mediante addebito in conto corrente o in denaro contante.

Puoi chiedere il frazionamento semestrale e mensile.

Se il Contraente ha acquistato solo la garanzia Assistenza 360 del prodotto Formula Benessere su www.assistenza-salute.axa.it, la periodicità del premio è esclusivamente annuale e il metodo di pagamento del premio di emissione è esclusivamente con carta di credito; i rinnovi avverranno con addebito sul conto corrente indicato in fase di emissione.

Il premio (delle rate annuali successive) è soggetto all'aggiornamento automatico in base all'età dell'Assicurato e ad adeguamento in base all'indice di statistica pubblicato dall'ISTAT.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

La copertura comincia dalle ore 24:00 del giorno indicato in Polizza (fermi i termini di carenza), a condizione che sia stato pagato il premio o la prima rata del premio. In caso contrario la copertura comincia alle ore 24:00 del giorno del pagamento.

Se il contraente non paga i premi o le rate di premio successive, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24:00 del 30° 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.

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

Il contratto può essere inoltre stipulato sia nella forma con tacito rinnovo alla scadenza sia nella forma senza tacito rinnovo. In mancanza di disdetta, la polizza con tacito rinnovo si rinnova alla scadenza per un altro anno e così successivamente di anno in anno. Il contratto senza tacito rinnovo cessa automaticamente alla sua naturale scadenza senza obbligo di disdetta.

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.



Come posso disdire la polizza?

Puoi impedire il rinnovo automatico della polizza inviando alla Compagnia la richiesta di disdetta mediante lettera raccomandata almeno 30 giorni prima della scadenza annuale.

Se la polizza è stata stipulata telefonicamente si ha, inoltre, il diritto di recedere entro 14 giorni dal primo addebito.