



EN

GENERAL ASSEMBLY
78th session
Rome, 12 December 2019

UNIDROIT 2019
A.G. (78) 10
Original: English/French
November 2019

Item No. 13 on the Agenda: Implementation of the new compensation and social security package offered to UNIDROIT staff

(prepared by the UNIDROIT Secretariat)

<i>Summary</i>	<i>Update regarding the implementation of the new compensation and social security package offered to UNIDROIT staff</i>
<i>Action to be taken</i>	<i>To take note of the update regarding the implementation of the compensation and social security reforms and next steps</i>
<i>Related documents</i>	F.C. (87) 7 ; F.C. (87) 9

Introduction

1. Following an extensive review, at its 83rd session (Rome, 21 September 2017), the Finance Committee recommended the adoption of important compensation and social security reforms, which would improve UNIDROIT's sustainability by enhancing staff mobility and ensuring that UNIDROIT was an attractive workplace.¹ At its 76th session (Rome, 7 December 2017), the General Assembly adopted those reforms, together with the necessary revisions to the UNIDROIT Regulations. The General Assembly further provided the Secretariat with flexibility in the timing of their implementation, which would be reviewed by the Finance Committee. Since that session, the Secretariat implemented in February 2018 the compensation reforms and has since implemented the social security reforms.

2. The Secretariat has delivered updates in these respects to the Finance Committee at its 84th and 85th sessions (Rome, 15 March 2018 and 4 October 2018), as well as to the General Assembly at its 77th session (Rome, 6 December 2018). During the current year, new updates were delivered to the Finance Committee in April and October (86th and 87th sessions). The following provides a further update regarding (I) implementation of the compensation and social security reforms and (II) next steps being taken to further improve UNIDROIT's sustainability and administration.

¹ [UNIDROIT 2017 – F.C. \(83\) 9, Item No. 9.](#)

I. IMPLEMENTATION OF THE COMPENSATION AND SOCIAL SECURITY REFORMS

A. COMPENSATION

3. Since the 77th session of the General Assembly, the Secretariat has continued to keep the Finance Committee apprised of the procedure used to implement the reform.

4. At the Finance Committee's 86th session (Rome, 4 April 2019), the Secretariat provided the Finance Committee with a chart comparing net salaries for all categories and grades across common family situations. At that session, the Finance Committee requested a detailed explanation of the methodology which had been utilised in the preparation of the Chart, including the date on which the currency rates had been calculated, and the applied multiplier for post adjustment payments.

5. Regarding compensation for General Service Staff, the Secretariat notes that the chart calculations are based on the net salaries provided by the United Nations applicable to General Service Staff posted in Rome, as published on 1 April 2018 (available at the following link: https://www.un.org/Depts/OHRM/salaries_allowances/salaries/italy.htm). As the salaries are already provided in Euro, no post adjustment multiplier applies.

6. Regarding compensation for Professional Staff and higher categories, the Secretariat would recall that the table was prepared on the basis of the net salaries provided by the United Nations applicable to Professional Staff and Higher Categories provided by the International Civil Service Commission (ICSC) as of 1 January 2019 (available at the following link: <https://icsc.un.org/Home/GetDataFile/5497>). The post adjustment multiplier for duty station Rome, along with the applicable official UN rate of exchange (from USD to EUR), were likewise taken as at 1 January 2019 from the ICSC website (available here: https://icsc.un.org/Resources/COLD/PostAdjustmentReports/History/pah_frm.htm), respectively 34.6 and 0.871.

7. Further details regarding the United Nations methodology for surveys at duty stations other than Headquarters is available on the ICSC website (https://www.un.org/Depts/OHRM/salaries_allowances/salaries/icsc2012.pdf).

8. The Finance Committee, at its 87th session, considered the information provided on the comparative methodology to be adequate and sufficient.

B. SOCIAL SECURITY REFORMS

9. Since the General Assembly's last session (Rome, 6 December 2018), the Secretariat has completed the process of implementation of the new pension plan and health coverage, and hereby provides the following updates:

- *Pension Fund*: The Secretariat has held several calls with the International Service for Remunerations and Pensions (ISRP)² to negotiate the annual administration fee of the fund, which, in its original proposal, was quoted at a minimum of €23,000.³ In light of UNIDROIT's unique position in terms of number of staff and initial contributions, the ISRP proposed terms that would ensure sustainability of the fund, based on conservative assumptions, as well as a lower rate of

² ISRP is a common service platform for the six Co-ordinated Organisations and other international organisations, providing services for their pension schemes and remuneration policies.

³ In addition to that fee, there would also have been an annual asset management fee of 0.20-0.25% of the managed assets.

administration fees. At a first stage, the ISRP proposed to place the incoming contributions in a collections account, yielding a low return but bearing no financial risk (i.e. preservation of capital). In its second phase of implementation, when the fund reaches a threshold amount (estimated at €500,000.00), expected to occur by Year 3 according to projections, the assets would move towards a full Strategic Asset Allocation (SAA), implemented through selected mutual funds, and expected to return 5.05% per year (nominal) over the long term. In light of the limited reporting costs this sort of arrangement would entail, the ISRP offered to waive those costs and retain only an annual fee reflecting 0.5% of the assets (minimum of €12,000), plus the fees owed to the Secretariat of the Committee for the Administration of Funds (equal to €6,461.60) for the first three years. In light of these important developments, the Secretariat has signed the Memorandum of Agreement with the ISRP, which includes further details, effective as of 1 September 2019 (Annexe 1).

- *Health Insurance*: Having obtained a favourable quote from AXA, an insurance provider that has improved coverage compared to the Allianz “Silver” quotation adopted by the General Assembly, at a lower cost, and not having obtained any update or counter offer from Allianz, the Secretariat has finalised the conditions of coverage for those staff members that have chosen to opt into the new system with AXA. The final Insurance Policy, in effect as of September 2019, is made available to the General Assembly at its 78th session (Annexe 2).

10. The two components of the reform were scheduled to enter into force at the same time to allow staff members passing from the Italian National Pension Scheme (INPS) to the new system to withdraw from INPS.

II. NEXT STEPS

11. At the Finance Committee’s 84th session (Rome, 15 March 2018), there were preliminary discussions of possible next steps – which had been raised during the review of the compensation and social security package offered to UNIDROIT staff – to further improve UNIDROIT’s sustainability and administration. These steps, in particular, relate to the further development of job descriptions for UNIDROIT staff and review of the UNIDROIT Regulations. At the Finance Committee’s 87th session (Rome, 10 October 2019), the Secretary-General elaborated upon his intentions with respect to both of those steps.⁴

12. First, with respect to job descriptions, the Secretary-General noted that finalised job descriptions would be circulated to the General Assembly at its 78th session (Rome, 12 December 2019). The process had been hampered due to the recent recruitment process, however, the Finance Committee was able to informally consult a preliminary version of the job descriptions at its 87th session. A final version of those descriptions is available under Annex 3 of this document.

13. With respect to the review of the UNIDROIT Regulations, the Secretariat confirms that they are being reviewed and that, however, they will not be submitted to the General Assembly on this occasion.

⁴ [UNIDROIT 2019 – F.C. \(87\) 9, para. 62.](#)

ANNEXE 1**MEMORANDUM OF AGREEMENT WITH THE ISRP**

**MEMORANDUM OF AGREEMENT IN RESPECT OF
ADMINISTRATION OF THE PENSION RESERVE FUND OF UNIDROIT**

BETWEEN

The Organisation for Economic Co-operation and Development, an international organisation established by virtue of the Convention of the Organisation for Economic Co-operation and Development dated 14 December 1960, whose headquarters are situated at 2, rue André Pascal, 75016 Paris, France, (hereinafter the "OECD")

AND

The International Institute for the Unification of Private Law, an international organisation established by virtue of the Statute of the International Institute for the Unification of Private Law Statute dated 15th March 1940 (most recently amended on 26 March 1993 and as amended from time to time), whose headquarters are situated in 28 Via Panisperna - 00184 Rome, Italy (hereinafter "UNIDROIT" or the "Associated Organisation")

Hereinafter referred to as the "Parties", and each individually as a "Party".

CONSIDERING that the Council of Europe, the European Centre for Medium-Range Weather Forecasts (ECMWF), the European Organisation for the Exploitation of Meteorological Satellites (Eumetsat), the European Space Agency (ESA), the Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD) and the North Atlantic Treaty Organisation (NATO), hereinafter the "Co-ordinated Organisations", have created the International Service for Remunerations and Pensions (hereinafter the "ISRP"), for which they provide joint funding and which is administratively part of the OECD;

CONSIDERING that the ISRP may provide assistance, within the framework of international co-operation and in accordance with Section II of its Mandate on the role of the ISRP, to certain intergovernmental organisations described under paragraph 1 b) of the said Mandate;

CONSIDERING that the Associated Organisation wishes to benefit from the assistance of the ISRP in respect of administration of its Pension Reserve Fund;

CONSIDERING that the Committee of Representatives of the Secretaries/Directors-General (hereinafter the "CRSG") of the Co-ordinated Organisations agreed to this Memorandum of Agreement concerning the above mentioned assistance with the Associated Organisation;

RECALLING that assistance to the Associated Organisation has been provided in respect of:

- periodical data from the Co-ordination system, in accordance with Memorandum of Agreement MOA/UNIDROIT(2012)27 entered into force on 1 January 2012,
- a first study on the design of a pension scheme, in accordance with Memorandum of Agreement MOA/UNIDROIT(2013)01, entered into force on 1 July 2013,
- a second study on the design of a pension scheme, in accordance with Memorandum of Agreement MOA/UNIDROIT(2016)11, entered into force on 22 June 2016, and the Addendum to this Memorandum of Agreement, entered into force on 6 February 2017;
- creation and maintenance of an internet retirement pension and leaving allowance simulator, in accordance with Memorandum of Agreement MOA/UNIDROIT(2018)15, entered into force on 22 July 2018;

RECOGNISING that, by allowing the ISRP to assist the Associated Organisation, the Co-ordinated Organisations are making available to it a shared administrative service and shall in no case be regarded as contractors for services, nor contribute financially to the shared administrative service made available to the Associated Organisation.

The Parties have agreed as follows:

ARTICLE 1

- 
- 1.1 The ISRP shall make available to the Associated Organisation shared administrative services and shall provide the assistance described below to the Associated Organisation:
- a. Secretariat of the Committee for the Administration of Funds: governance, organisation of meetings, preparation of the agenda, summary records and investment-related documents and reports;
 - b. Procurement and contract administration: selection process for external services providers; procurement services such as the preparation of investment mandates and contracts, verification and control of invoices, cost control;
 - c. Treasury management: management of cash-flows into the custodian bank for long-term investments and budgeted expenditures to be paid from the PRF;
 - d. Execution of long-term investments; portfolio rebalancing;
 - e. Monitoring of the external fund managers and advisors;
 - f. Accounting, reporting and audit: general accounting of the PRF; investment portfolio accounting; co-ordination of performance reporting with custodian bank, fund managers, consultants and investment advisers; preparation of annual financial reports; administration of the relationship with auditors.
 - g. Annual report to the Council of the Associated Organisation.
- 1.2 In order to ensure the sound achievement of the tasks described above, the Associated Organisation shall, by means of a delegation of power, authorise the ISRP to proceed in any operation from and to the custodian bank.
- 1.3 Documents, e-mails and forms used by the ISRP shall be in English.
- 1.4 Any additional assistance provided by the ISRP to the Associated Organisation outside the scope of this Exchange of Letters as defined in Article 1 shall be agreed upon in a separate Exchange of Letters.

ARTICLE 2

- 2.1 In order to allow the ISRP to provide the assistance set out in Article 1, the Associated Organisation shall provide any required information and support.
- 2.2 In executing this Agreement, the parties take into account and ensure compliance with the relevant provisions of the rules governing the Associated Organisations, including the practice and interpretation of the Associated Organisation. The Associated

Organisation shall provide in advance the ISRP with any rules, regulations and practices to be respected by the ISRP in the completion of the tasks covered by this Agreement.

- 2.3 The ISRP and its employees shall keep in strict confidence any information, documents or data which come to their knowledge as a result of their assistance.

ARTICLE 3

- 3.1 To cover the costs of the assistance set out in Article 1, the Associated Organisation shall provide an annual compensatory contribution:
- a. to the budget of the ISRP, which shall be equal to 0.5% of the PRF assets as at 31 December of the previous year, with a minimum of EUR 12,000.00 (twelve thousand euros). The basis of calculation of such compensatory contribution may be revised five years after the entry into force of this Agreement.
 - b. towards the Secretariat of the Committee for the Administration of Funds (CAF), which shall amount to EUR 6,461.60 (six thousand four hundred sixty one euros and sixty cents).
- 3.2 The sum specified in Article 3.1 shall represent the full amount of the annual compensatory contribution payable by the Associated Organisation to cover the costs of the performance of the assistance set out in Article 1. The minimum amount set out in Article 3.1-a) and the sum specified under Article 3.1-b) shall be increased annually by 1% in addition to the salary scale increase at the OECD for the year concerned. Should the Council of the OECD apply the « *affordability clause* » for salary increases, the adjustment of the compensatory contribution shall not be less than the French inflation included in the CCR recommendation, plus one per cent.
- 3.3 For the year 2019, the minimum sum specified in Article 3.1.a and the sum specified in Article 3.1.b shall be divided by three, so as to reflect the proportional reduction of annual costs resulting from the entry into force of this Agreement on 1 September.
- 3.4 The Associated Organisation shall reimburse, on the basis of the OECD Staff Regulations, Rules and Instructions, the travel and daily subsistence expenses incurred by the ISRP staff in providing assistance contemplated in this Agreement. This should notably apply for any mission to the premises of the Associated Organisation, made upon the request of the Associated Organisation.
- 3.5 The Associated Organisation shall be invoiced for the sum specified in Article 3.1 at the beginning of each civil year.
- 3.6 The Associated Organisation shall make its payment within 30 (thirty) days of the date of the invoice.

ARTICLE 4

- 4.1 This Memorandum of Agreement shall enter into force as from 1 September 2019 and shall remain in force until 31 December 2023.

- 4.2 Each Party may terminate this Memorandum of Agreement at any time by giving written notice by registered mail with acknowledgement of receipt to this effect to the other Party on 31 December at the latest for the termination to be effective at the end of the subsequent year. The ISRP shall, in case of termination of this Memorandum of Agreement, promptly return all the documents and data made available to it by the Associated Organisation under this Memorandum of Agreement. All direct costs linked to the orderly winding-up of this assistance shall promptly be reimbursed to the OECD. In particular, should the termination of this Memorandum of Agreement be requested by the Associated Organisation, the Associated Organisation shall then pay to the ISRP a withdrawing penalty equal to the total annual compensatory contributions that the Associated Organisation would have provided had this Memorandum of Agreement remained into force until 31 December 2023.
- 4.3 This Memorandum of Agreement may be amended by mutual written consent of the Parties.

ARTICLE 5

- 5.1 Neither the OECD nor the Co-ordinated Organisations shall be held liable for any damages arising from the assistance as set out in this Memorandum of Agreement.
- 5.2 The Parties shall use their best efforts to settle any dispute arising from the interpretation or the implementation of the provisions of this Memorandum of Agreement.
- 5.3 Any dispute, controversy or claim arising out of or relating to this Memorandum of Agreement, or the breach, termination or invalidity thereof, shall be settled by arbitration in accordance with the PCA Arbitration Rules 2012. The number of arbitrators shall be one. The language to be used in the arbitral proceedings shall be English. The place of arbitration shall be Paris (France). The Parties expressly renounce their right to seek the annulment or setting-aside of any award rendered by the arbitral tribunal, or if this renunciation is not legally possible, the Parties expressly agree that if an award rendered by the arbitral tribunal is annulled, the jurisdiction ruling on the annulment proceedings cannot rule on the merits of the case. The dispute will therefore be settled by new arbitral proceedings in accordance with this clause.

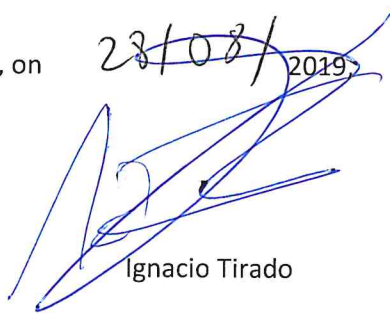
FOR THE OECD:

Paris, on 2019,

Josée Touchette
Executive Director

FOR UNIDROIT:

Rome, on

23/08/2019


Ignacio Tirado
Secretary-General

MANDATE OF THE COMMITTEE FOR THE ADMINISTRATION OF FUNDS (CAF)

ARTICLE 1 – DEFINITION

1.1 The CAF is a joint committee of some international organisations that have delegated the management of their reserve and / or pension funds to the International Service for Remunerations and Pensions (ISRP). It oversees selected management guidelines and policies.

ARTICLE 2 – COMPETENCES

2.1 The CAF provides recommendations to the Boards/Councils of member organisations relating to funds management, notably the definition of general guidelines and goals related to the investment of funds' assets. The CAF may provide advice on any question submitted by the Board/Council of an organisation.

2.2 The CAF advises the Directors / Secretaries general of member organisations on the modalities for implementing the general guidelines and goals related to the investment of their Fund's assets. It may provide advice on any question submitted by the Directors / Secretaries general.

2.3 The CAF oversees the Funds performance reports.

ARTICLE 3 – COMPOSITION

3.1 Each organisation shall appoint one representative to sit on the CAF. The CAF, upon proposal of the secretariat, shall also select one or two qualified personalities.

3.2 The members of the CAF shall be submitted to the code of conduct approved by the Boards / Councils.

3.3 The members of the CAF shall elect among themselves a President and a Vice-president. The Vice-president shall replace the President in case of need.

3.4 The CAF shall seek any advice or expertise necessary to fulfil its obligations.

ARTICLE 4 – WITHDRAWAL

4.1 Any member organisation may withdraw from the CAF upon not less than one civil year's prior notice.

ARTICLE 5 – INTERNAL RULES

5.1 The CAF shall issue and approve its Internal Rules.

ARTICLE 6 – MEETINGS

6.1 The CAF shall meet as often as necessary and at least once a year, upon the convening of the President. The decisions of the CAF shall be made by consensus.

ARTICLE 7 – SECRETARIAT

7.1 The International Service for Remunerations and Pensions shall act as secretariat for the CAF.



**CODE OF CONDUCT FOR MEMBERS OF
THE COMMITTEE FOR ADMINISTRATION OF FUNDS (CAF)**

ARTICLE 1 – PREAMBLE

1.1 The members of the Committee for the Administration of Funds (CAF) shall observe the highest standard of ethical conduct. They are expected to act honestly, independently, impartially, and without regard to self-interest and to avoid any situation liable to give rise to a conflict of interests or appearance of conflict of interests.

ARTICLE 2 – INDEPENDENCE AND INTEGRITY

2.1 The members of the CAF shall not seek or take instructions from any Member State or from any other body, including any decision-making body that they belong to except as provided for under their statute.

2.2 The members of the CAF shall act independently from any commercial interference in the exercise of their functions and powers. They shall neither seek nor accept any gratuity, benefit, or remuneration in connection with their functions.

2.3 The members of the CAF shall report any fraud, corruption or misuse of any fund's assets.

ARTICLE 3 – PROFESSIONAL SECRECY

3.1 The members of the CAF shall be subject to an obligation of strict confidentiality in performing their duties.

ARTICLE 4 – KNOWLEDGE AND SKILLS

4.1 The members of the CAF and their advisors should together possess and apply the knowledge and skills to fulfil governance responsibilities. They should act in order to constantly meet with the highest level of knowledge required for their mission.

ARTICLE 5 – CONFLICT OF INTERESTS

5.1 The members of the CAF shall avoid any situation liable to give rise to a conflict of interests or appearance of conflict of interests. A conflict of interests arises where the members of the CAF have interests, which may influence or appear to influence the impartial and objective performance of their duty. Interests of the members of the CAF mean any potential advantage for themselves, their families, and their other acquaintances.

5.2 Any member of the CAF that should consider him / herself to be in a situation liable to give rise to a conflict of interests or appearance of conflict of interests shall immediately inform the CAF, which shall take the appropriate measures.

ARTICLE 6 – STATUTS OF OFFICIALS

6.1 Officials who have been appointed members of the CAF will exercise such functions in an official capacity. In this respect, they will remain fully subject to the Staff Regulations and Rules of their organisation and will be covered by the relevant privileges and immunities.

ARTICLE 7 – APPLICATION OF THE CODE OF CONDUCT

7.1 In case of any difficulties encountered in the application of the present code of conduct, the CAF shall report to the Councils of the member organisations, which shall take the appropriate measures.

II

STATUTE OF THE PENSION FUND

ARTICLE 1 – GENERAL PRINCIPLES

- 1.1 All assets of the UNIDROIT Pension Fund are the property of UNIDROIT. They are held and accounted for separately from all the other assets of UNIDROIT.
- 1.2 The Fund's assets may be used only to pay benefits under the pension schemes and to finance the expenses related to the management of the Fund.

ARTICLE 2 – BUDGET

- 2.1 The income of the Fund shall be constituted by:
- a. all Pension Scheme contributions, including staff contributions and employer's share;
 - b. all income earned on the assets of the Fund;
 - c. such other amounts as the UNIDROIT General Assembly may decide.
- 2.2 The expenses of the Fund shall include:
- a. the payment of pensions and other benefits under the pension scheme;
 - b. all the costs related to the management of the Fund and its assets.
- 2.3 The UNIDROIT General Assembly shall take the appropriate decisions in order to ensure the long-term viability of the Fund. It shall issue to the Secretary-General guidelines and goals in respect of the investment of Fund assets.

ARTICLE 3 – MANAGEMENT OF THE FUND

- 3.1 The Secretary-General shall ensure the proper management of the Fund. Pursuant to articles 29 to 31 of UNIDROIT's Regulations, and as reflected in the decision taken by the UNIDROIT General Assembly (UNIDROIT 2017 – A.G. (76) 10) the latter has authorised the Secretary-General to delegate the management of the Fund to an external specialised authority, organisation or financial institution. The concrete modalities and conditions of such a delegation are defined by the UNIDROIT General Assembly on proposal of the Secretary-General.
- 3.2 The Fund shall be administered and audited in accordance with the UNIDROIT Regulations.
- 3.3 The operating budget of the Fund shall be approved annually by the UNIDROIT General Assembly.
- 3.4 The Secretary-General shall report annually to the UNIDROIT General Assembly on the status of the Fund.

ANNEXE 2

AXA INSURANCE POLICY



salute

Protezione su misura

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

PRIMA DELLA SOTTOSCRIZIONE LEGGERE ATTENTAMENTE IL SET INFORMATIVO



contratto di assicurazione
infortuni e malattia

edizione gennaio 2019

AXA Assicurazioni S.p.A.



Protezione su misura

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

PRIMA DELLA SOTTOSCRIZIONE LEGGERE ATTENTAMENTE IL SET INFORMATIVO

**contratto di assicurazione
infortuni e malattia**

edizione gennaio 2019

AXA Assicurazioni S.p.A. - Sede Legale e Direzione Generale: Corso Como 17, 20154 Milano - Italia
Tel. (+39) 02 480841 - Fax (+39) 02 48084331 - PEC: axaassicurazioni@axa.legalmail.it

Capitale Sociale € 211.168.625 interamente versato - Ufficio del Registro delle Imprese di Milano C. F. n. 00902170018 - P. I.V.A. GRUPPO IVA AXA ITALIA n. 10534960967 -
Numero R.E.A. della C.C.I.A.A. di Milano n. 1576311 - Direzione e coordinamento di AXA MEDITERRANEAN HOLDING SAU ai sensi dell'art. 2497 bis C.C. - Iscrizione Albo Imprese IVASS n. 1.00025 -
Capogruppo del gruppo assicurativo AXA ITALIA iscritto all'Albo Gruppi IVASS con il n. 041 - Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con Decreto del Ministero dell'Industria,
del commercio e dell'artigianato del 31 dicembre 1935 - (Gazzetta Ufficiale del 9 aprile 1936 n. 83)

AREA CLIENTI

L'Area Clienti di AXA è uno spazio dove potrai consultare la tua posizione assicurativa ovunque tu sia

Registrarsi è facile: bastano – codice fiscale e numero di polizza – per consultare:



Le tue **coperture assicurative** in essere.



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 nostro sito www.axa.it oppure contattaci direttamente:

☒ Modulo di richiesta online su www.axa.it, sezione Contattaci



**My AXA è la nuova App dedicata
a tutti i nostri clienti.
Inquadra il QR Code e scarica
l'App da Play Store e App Store!**



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



Glossario

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

Assicurato:	il soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione.
Assicurazione:	il contratto di assicurazione.
Contraente:	il soggetto che stipula l'assicurazione.
Convalescenza:	il periodo di tempo successivo alla dimissione dall'istituto di cura, necessario per la guarigione clinica, ovvero per la stabilizzazione dei postumi permanenti.
Day Hospital:	la degenza in istituto di cura senza pernottamento non comportante intervento chirurgico.
Day Surgery:	la degenza in istituto di cura senza pernottamento e comportante intervento chirurgico terapeutico.
Difetti fisici:	la mancanza o l'imperfezione non presenti alla nascita, di un organo o di un apparato anche se non note o non diagnosticate alla stipula della polizza.
Franchigia:	la parte del danno che rimane a carico dell'assicurato.
Gessatura:	ogni mezzo di contenzione rigido costituito da fasce gessate od altro apparecchio di contenimento comunque immobilizzante prescritto da personale medico. Sono compresi i bendaggi elastici anche se adesivi limitatamente al trattamento o riduzione di una frattura radiograficamente accertata.
Inabilità temporanea:	la temporanea incapacità fisica dell'Assicurato ad attendere in tutto o in parte alle attività dichiarate in polizza.
Indennizzo:	la somma dovuta da AXA in caso di sinistro.
Infortunio:	evento unico dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili.
Insorgenza:	l'inizio, ancorché asintomatico, della malattia.
Intervento chirurgico	atto medico terapeutico, praticato da laureato in chirurgia abilitato presso un Istituto di cura o un ambulatorio, comportante una cruentazione di tessuti o effettuato con l'utilizzo di sorgenti di energia meccanica, termica o luminosa (laser).
Intervento chirurgico Ambulatoriale	Intervento di piccola chirurgia non in regime di ricovero, effettuato da medico chirurgo presso Istituto di Cura, Centro Medico o studio medico chirurgico.
Invalità permanente:	l'incapacità fisica definitiva e irrimediabile dell'assicurato a svolgere, in tutto o in parte, qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla professione esercitata.
Istituto di cura:	ospedale, clinica, casa di cura o istituto universitario, regolarmente autorizzati, in base ai requisiti di legge e delle competenti Autorità, all'erogazione dell'assistenza ospedaliera, anche in regime di degenza diurna. Sono comunque esclusi gli stabilimenti termali, le case di convalescenza e soggiorno e le cliniche aventi finalità dietologiche ed estetiche.
Malattia:	ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio.
Malattie coesistenti:	le malattie o le invalidità presenti nel soggetto, che non determinano alcuna influenza peggiorativa sulla malattia denunciata e sull'invalidità da essa causata, in quanto interessano sistemi organo funzionali diversi.
Malattie concorrenti:	le malattie o le invalidità presenti nel soggetto, che determinano un'influenza peggiorativa sulla malattia denunciata e sulla invalidità da essa causata, in quanto interessano il medesimo sistema organo funzionale.
Malformazione:	ogni alterazione fisica e/o psichica sviluppatasi durante la vita intrauterina.
Manifestazione:	la sintomatologia oggettiva della malattia.
Massimale:	la somma fino alla concorrenza della quale, per ciascun anno assicurativo, AXA presta la garanzia.

Glossario

Osteosintesi:	l'intervento chirurgico con il quale si uniscono e rendono stabili due o più frammenti di osso impiegando mezzi metallici (chiodi, viti, placche o fili).
Parti:	il Contraente ed AXA.
Polizza:	il documento che prova l'assicurazione.
Premio:	la somma dovuta dal Contraente ad AXA.
Ricovero:	la degenza in istituto di cura comportante il pernottamento.
Rischio:	la probabilità che si verifichi il sinistro.
Rottura sottocutanea di tendini:	la rottura dei tendini senza lesione dei tessuti sovrastanti.
Scoperto:	la parte di danno, indennizzabile a termini di polizza, espressa in percentuale, che rimane a carico dell'Assicurato. Se in polizza sono previsti limiti massimi di indennizzo (rispetto alla somma assicurata), si procederà alla liquidazione del danno applicando lo scoperto sul danno medesimo.
Sforzo:	l'impiego improvviso e anomalo di energie muscolari straordinarie per far fronte ad un evento eccezionale ed inaspettato.
Sinistro:	il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata l'assicurazione.
Termini di carenza:	il periodo successivo alla data d'effetto dell'assicurazione durante il quale non è operante la copertura.
Ubriachezza:	la presenza di tasso alcolemico pari o superiore a 0,8 grammi/litro.
AXA:	AXA ASSICURAZIONI S.p.A.
AXA Assistance:	Inter Partner Assistance S.A. - Rappresentanza Generale per l'Italia - Via Carlo Pesenti, 121 - 00156 Roma.
IPA:	Inter Partner Assistance S.A. - Rappresentanza Generale per l'Italia - Via Carlo Pesenti, 121 - 00156 Roma.

protezione su misura

condizioni di assicurazione

contratto di assicurazione infortuni e malattia

ed. gennaio 2019

PAGINA BIANCA

Condizioni di assicurazione

Norme che regolano l'assicurazione - sezione infortuni

Art. 1 | Oggetto dell'assicurazione

L'assicurazione vale per gli infortuni che l'Assicurato subisca nello svolgimento:

- a) dell'attività professionale indicata in polizza;
- b) di ogni altra attività che non abbia carattere di professionalità,

Sono compresi in garanzia anche:

- 1) gli infortuni derivanti da imperizia, imprudenza o negligenza anche gravi;
- 2) gli infortuni derivanti da aggressioni, atti di terrorismo o tumulti popolari, a condizione che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva;
- 3) gli infortuni derivanti da atti di temerarietà, soltanto se compiuti per dovere di solidarietà umana o per legittima difesa;
- 4) gli infortuni sofferti in stato di malore od incoscienza;
- 5) l'asfissia non dipendente da malattia;
- 6) l'avvelenamento acuto e le lesioni derivanti da ingestione od assorbimento di sostanze;
- 7) l'annegamento, l'assideramento, il congelamento, la folgorazione, i colpi di sole o di calore o di freddo;
- 8) le affezioni conseguenti a morsi o punture di animali (con esclusione della malaria);
- 9) le lesioni determinate da sforzi come regolamentato dall'art. 16 "Ernie traumatiche o da sforzo".

Le garanzie

(Operanti solo se previste in polizza)

Art. 2 | Invalidità permanente da infortunio

AXA corrisponde l'indennizzo per invalidità permanente se questa si verifica entro 2 anni dal giorno dell'infortunio, anche successivamente alla data di scadenza della polizza.

- a) Se l'infortunio ha come conseguenza l'invalidità permanente definitiva totale, AXA corrisponde la somma assicurata.
- b) Se l'infortunio ha come conseguenza un'invalidità permanente definitiva parziale, l'indennizzo viene calcolato sulla somma assicurata in proporzione al grado di invalidità permanente che va accertato facendo riferimento ai valori delle seguenti menomazioni riportate in tabella. I valori sono da ritenersi quali valori massimi.

Perdita anatomica o funzionale di:	
– Un arto superiore	70%
– Una mano o avambraccio	60%
– Un pollice	18%
– Un indice	14%
– Un medio	8%
– Un anulare	8%
– Un mignolo	12%
Perdita anatomica o funzionale di:	
– Falange ungueale del pollice	9%
– Una falange di altro dito della mano	1/3 valore dito

Condizioni di assicurazione

Norme che regolano l'assicurazione - sezione infortuni

Anchilosi:	
– Scapolo-omeroale con arto in posizione favorevole, con immobilità della scapola	25%
– Del gomito in angolazione compresa fra 120° e 70° con pronosupinazione Libera	20%
– Del polso in estensione rettilinea con pronosupinazione libera	10%
Paralisi completa:	
– Del nervo radiale	35%
– Del nervo ulnare	20%
Perdita anatomica o funzionale di un arto inferiore:	
– Al di sopra della metà della coscia	70%
– Al di sotto della metà della coscia, ma al di sopra del ginocchio	60%
– Al di sotto del ginocchio, ma al di sopra del terzo medio di gamba	50%
– Un piede	40%
– Ambedue i piedi	100%
– Un alluce	5%
– Un altro dito del piede	1%
– La falange ungueale del pollice	2,5%
Anchilosi	
– Dell'anca in posizione favorevole	35%
– Del ginocchio in estensione	25%
– Della tibio-tarsica ad angolo retto	10%
– Della tibio-tarsica con anchilosi della sotto astraglica	15%
Paralisi completa del nervo sciatico popliteo esterno:	15%
Esiti di frattura scomposta di una costa:	1%
Esiti di frattura amielica somatica con deformazione a cuneo di:	
– Una vertebra cervicale	12%
– Una vertebra dorsale	5%
– 12 ^a dorsale	10%
– Una vertebra lombare	10%
Postumi di trauma distorsivo cervicale con contrattura muscolare e limitazioni nei movimenti del capo e del collo	2%
Esiti di frattura del sacro	3%
Esiti di frattura del coccige con callo deforme	5%
Perdita totale, anatomica o funzionale di:	
– Un occhio	25%
– Ambedue gli occhi	100%
Sordità completa di:	
– Un orecchio	10%
– Ambedue gli orecchi	40%
Perdita della voce	30%
Stenosi nasale assoluta:	
– Monolaterale	4%
– Bilaterale	10%

Condizioni di assicurazione

Norme che regolano l'assicurazione - sezione infortuni

Perdita anatomica di:	
– Un rene	20%
– Della milza senza compromissioni significative della crasi ematica	10%

- c) Se l'infortunio ha come conseguenza un'invalidità permanente definitiva parziale o non determinabile sulla base dei valori previsti alla lettera B), si farà riferimento ai criteri qui di seguito indicati:
- se la lesione comporta una minorazione, anziché la perdita totale di un arto o di un organo, le percentuali previste alla lettera B) vengono ridotte in proporzione alla funzionalità perduta;
 - nel caso di menomazioni di uno o più distretti anatomici e/o articolari di un singolo arto, AXA procederà alla valutazione attraverso somma matematica delle percentuali di invalidità fino a raggiungere al massimo il valore corrispondente alla perdita totale dell'arto stesso;
 - nel caso in cui l'invalidità permanente non sia determinabile sulla base dei valori elencati alla lettera B) e ai criteri sopra riportati, il grado di invalidità permanente viene determinato attraverso i valori e i criteri sopra indicati e tenendo conto della complessiva diminuzione della capacità dell'Assicurato allo svolgimento di un qualsiasi lavoro, indipendentemente dalla sua professione.

La perdita anatomica o funzionale di più organi, arti o loro parti, comporta l'applicazione della percentuale di invalidità calcolata sulla base dei valori indicati alla lettera B) e dei criteri sopra richiamati, pari alla somma delle singole percentuali calcolate per ciascuna lesione, fino a raggiungere al massimo il valore del 100%.

Il diritto all'indennizzo per invalidità permanente è di carattere personale e quindi non è trasmissibile agli eredi.

Tuttavia, se l'Assicurato muore per causa indipendente dall'infortunio denunciato dopo che l'indennizzo sia stato liquidato o comunque offerto in misura determinata, AXA paga agli eredi l'importo liquidato od offerto secondo le norme della successione testamentaria o legittima; nel caso invece, l'indennizzo non sia stato ancora offerto, in presenza di idonea documentazione che dimostri l'oggettiva stabilizzazione dei postumi permanenti, AXA paga l'importo spettante a termini di polizza agli eredi secondo le norme della successione testamentaria o legittima.

Art. 3 | Franchigia Invalidità permanente da infortunio

3.1 Forma con franchigia

Qualora il contraente abbia sottoscritto la copertura di Invalidità Permanente nella forma con franchigia l'indennizzo verrà calcolato in base alle seguenti modalità:

- sulla parte fino a 250.000,00 euro di somma assicurata l'indennizzo è dovuto con applicazione di una franchigia di 3 punti percentuali sul grado di invalidità permanente accertato;
- sulla parte eccedente 250.000,00 euro di somma assicurata l'indennizzo è dovuto con applicazione di una franchigia di 10 punti percentuali sul grado di invalidità permanente accertato.

Forma con franchigia sull'intera somma assicurata

Franchigia 3%	Fino a 250.000 euro
Franchigia 10%	Oltre 250.000 euro

Le franchigie non trovano applicazione nel caso di invalidità permanente accertata di grado pari o superiore al 15%.

3.2 Forma senza franchigia sul primo scaglione

Qualora il contraente abbia sottoscritto la copertura di Invalidità Permanente nella forma senza franchigia sul primo scaglione l'indennizzo verrà calcolato in base alle seguenti modalità:

- sulla parte fino a 100.000,00 euro di somma assicurata l'indennizzo è dovuto senza applicazione di alcuna franchigia sul grado di invalidità permanente accertato;
- sulla parte eccedente 100.000,00 euro e fino a 250.000,00 euro di somma assicurata l'indennizzo è dovuto con applicazione di una franchigia di 5 punti percentuali sul grado di invalidità permanente accertato;
- sulla parte eccedente 250.000,00 euro e fino a 500.000,00 euro di somma assicurata l'indennizzo è

Condizioni di assicurazione

Norme che regolano l'assicurazione - sezione infortuni

- dovuto con applicazione di una franchigia di 10 punti percentuali sul grado di invalidità permanente accertato;
- d) sulla parte eccedente 500.000,00 euro di somma assicurata l'indennizzo è dovuto con applicazione di una franchigia di 15 punti percentuali sul grado di invalidità permanente accertato.

Forma senza franchigia sul primo scaglione

Franchigia 0 %	Fino a 100.000 euro
Franchigia 5 %	Oltre 100.000 euro fino a 250.000 euro
Franchigia 10 %	Oltre 250.000 euro fino a 500.000 euro
Franchigia 15 %	Oltre 500.000 euro

Le franchigie non trovano applicazione nel caso di invalidità permanente accertata di grado pari o superiore al 25%.

3.3 Forma con franchigia modulare sul primo scaglione

Qualora il contraente abbia sottoscritto la copertura di Invalidità Permanente con franchigia modulare l'indennizzo verrà calcolato in base alle seguenti modalità:

- a) sulla parte fino a 100.000,00 euro di somma assicurata l'indennizzo per invalidità permanente accertata è determinato secondo quanto riportato nella seguente tabella:

Grado di Invalidità Permanente Accertato	Percentuale da liquidare sulla somma assicurata per Invalidità Permanente
1	0,3
2	1
3	1,5
4	2
5	2,5
6	4
Pari o superiore al 7%	Pari al grado accertato

- b) sulla parte eccedente 100.000,00 euro e fino a 250.000,00 euro di somma assicurata l'indennizzo è dovuto con applicazione di una franchigia di 5 punti percentuali sul grado di invalidità permanente accertato;
- c) sulla parte eccedente 250.000,00 euro di somma assicurata l'indennizzo è dovuto con applicazione di una franchigia di 10 punti percentuali sul grado di invalidità permanente accertato;
- d) sulla parte eccedente 500.000,00 euro di somma assicurata l'indennizzo è dovuto con applicazione di una franchigia di 15 punti percentuali sul grado di invalidità permanente accertato.

Le franchigie previste ai punti b), c), d) non trovano applicazione nel caso di invalidità permanente accertata di grado pari o superiore al 25%.

3.4 altre forme di franchigia

Qualora in polizza siano indicate specificatamente, negli appositi spazi previsti (A - B - C - D), somme assicurate e/o franchigie in punti percentuali diverse da quelle previste ai punti 3.2 e 3.3 dell'art. 3, l'indennizzo verrà calcolato facendo riferimento ai valori specificati in polizza. Pertanto in assenza di indicazione in tali spazi si intendono confermate le franchigie previste al punto 3.1 dell'art. 3.

Art. 4 | Riconoscimento dell'intera somma assicurata in caso di invalidità permanente grave

Qualora l'invalidità permanente accertata sia di grado pari o superiore al 60% della totale, l'indennità verrà corrisposta nella misura del 100% della somma assicurata.

Art. 5 | Rendita Vitalizia da Infortunio

AXA corrisponde all'Assicurato la rendita vitalizia mensile rivalutabile indicata in polizza in caso di invalidità permanente definitiva non inferiore al 60% della totale, valutata secondo i criteri di cui all'art. 35 - "Criteri

Condizioni di assicurazione

Norme che regolano l'assicurazione - sezione infortuni

di indennizzabilità infortuni", causata da infortunio professionale od extraprofessionale.

La valutazione dell'invalidità permanente viene effettuata in Italia secondo la tabella di cui all'allegato 1 del D.P.R. 30 giugno 1965, n. 1124 (e successive modifiche della tabella stessa intervenute sino al 30 giugno 2000).

Se l'infortunio ha come conseguenza un'invalidità permanente definitiva parziale o non determinabile sulla base dei valori previsti dalla tabella sopra indicata, si farà riferimento ai criteri qui di seguito indicati:

- se la lesione comporta una minorazione, anziché la perdita totale di un arto o di un organo, le percentuali previste dalla tabella di cui all'allegato 1 del D.P.R. 30 giugno 1965, n. 1124, vengono ridotte in proporzione alla funzionalità perduta;
- nel caso di menomazioni di uno o più dei distretti anatomici e/o articolari di un singolo arto, si procederà alla valutazione con somma matematica fino a raggiungere al massimo il valore corrispondente alla perdita totale dell'arto stesso;
- nel caso in cui l'invalidità permanente non sia determinabile sulla base dei valori elencati alla tabella di cui all'allegato 1 del D.P.R. 30 giugno 1965, n. 1124 e ai criteri sopra riportati, l'invalidità viene determinata tenendo conto della complessiva diminuzione della capacità dell'Assicurato allo svolgimento di un qualsiasi lavoro, indipendentemente dalla sua professione.

La perdita anatomica o funzionale di più organi, arti o loro parti, comporta l'applicazione della percentuale di invalidità calcolata sulla base dei valori dei criteri previsti dalla tabella di cui sopra, pari alla somma delle singole percentuali calcolate per ciascuna lesione.

Art. 6 | Morte

AXA garantisce l'indennizzo per il caso di morte se la stessa si verifica entro 2 anni dal giorno dell'infortunio, anche successivamente alla scadenza della polizza. L'indennizzo sarà liquidato ai beneficiari designati o, in difetto di designazione, agli eredi dell'Assicurato.

Qualora, a seguito di infortunio indennizzabile a termini di polizza, il corpo dell'Assicurato non venga ritrovato e si presuma sia avvenuto il decesso, AXA liquiderà ai beneficiari o eredi di cui sopra la somma prevista per il caso di morte. La liquidazione avverrà non prima che siano trascorsi 6 mesi dalla presentazione dell'istanza per la dichiarazione di morte presunta a termini degli artt. 60 e 62 c.c. Qualora, dopo il pagamento dell'indennizzo, l'Assicurato risultasse in vita, AXA avrà diritto alla restituzione della somma pagata. A restituzione avvenuta, l'Assicurato potrà far valere i propri diritti per l'invalidità permanente eventualmente subita.

Art. 7 | Maggiorazione dell'indennizzo in caso di commorienza dei genitori

In caso di infortunio indennizzabile a termini di polizza, determinato dal medesimo evento, che provochi la morte dell'Assicurato e dell'altro genitore, AXA corrisponde un indennizzo supplementare pari al 50% del capitale assicurato per il caso morte. L'indennizzo supplementare verrà corrisposto unicamente ai figli minorenni o portatori di invalidità permanente di grado pari o superiore al 60% della totale, in parti uguali.

Il massimo esborso a carico di AXA per detto indennizzo supplementare non potrà superare, globalmente, l'importo di 150.000,00 euro anche in caso di più polizze infortuni stipulate con AXA.

Tale indennizzo supplementare non opera per il "rischio volo" (art. 14).

Art. 8 | Inabilità temporanea

AXA garantisce un indennizzo se l'infortunio, indennizzabile a termini di polizza, ha per conseguenza un'inabilità temporanea. L'indennità relativa è dovuta:

- a) integralmente per ogni giorno in cui l'Assicurato si è trovato nella totale incapacità fisica di attendere alle attività dichiarate in polizza;
- b) al 50% per ogni giorno in cui l'Assicurato ha potuto attendere solo in parte alle attività dichiarate in polizza.

L'indennità per inabilità temporanea viene corrisposta per un periodo massimo di 365 giorni per sinistro e decorre dalle ore 24 del giorno dell'infortunio regolarmente denunciato, come disposto dall'art. 34 - "Obblighi in caso di sinistro - infortuni e malattia", o, in caso di ritardo, dalle ore 24 del giorno della denuncia.

Condizioni di assicurazione

Norme che regolano l'assicurazione - sezione infortuni

Nel caso in cui l'Assicurato non abbia rinnovato i certificati medici attestanti l'inabilità temporanea, la liquidazione dell'indennizzo viene effettuata considerando quale data di guarigione quella prognosticata dall'ultimo certificato regolarmente inviato, salvo che AXA possa stabilire una data anteriore.

Art. 9 | Franchigia Inabilità temporanea

I giorni indennizzabili verranno calcolati con detrazione della seguente franchigia:

- 7 giorni se la somma assicurata è pari o inferiore a 25,00 euro;
- 10 giorni se la somma assicurata è superiore a 25,00 euro ma non superiore a 60,00 euro;
- 15 giorni se la somma assicurata è superiore a 60,00 euro.

Qualora in polizza siano indicati specificatamente, nell'apposito spazio previsto, giorni di franchigia diversi da quelli suesposti, i giorni indennizzabili verranno calcolati con detrazione dei giorni di franchigia specificati in polizza. Pertanto in assenza di indicazione in tale spazio si intende confermata la franchigia prevista dal presente articolo.

La franchigia suddetta non trova applicazione in caso di ricovero in istituto di cura o d'inabilità temporanea totale di durata pari o superiore a 60 giorni.

Art. 10 | Diaria da gessatura o traumi

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

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

- **10 giorni per la frattura di costole e/o dello sterno e/o della scapola;**
- **40 giorni per la frattura del bacino, del cranio e/o di vertebre.**

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

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

Qualora il contratto prevedesse l'operatività di garanzie appartenenti alla sezione malattia la presente prestazione farà riferimento all'art. 31 "Esclusioni".

Art. 11 | Diaria da ricovero da infortunio

In caso di ricovero dell'Assicurato in istituto di cura, reso necessario da infortunio indennizzabile a termini di polizza, AXA corrisponde, a partire dal giorno successivo al ricovero, la diaria indicata in polizza per ogni giorno di ricovero documentato da cartella clinica, con il massimo di 365 giorni per sinistro.

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

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

In caso di Intervento Chirurgico Ambulatoriale conseguente ad infortunio, AXA corrisponde il 100% della diaria indicata in polizza per ogni giorno documentato da relazione medica.

Art. 12 | Diaria da convalescenza post ricovero da infortunio

In caso di convalescenza domiciliare dell'Assicurato successiva ad un ricovero o ad un day surgery, dovuto ad infortunio indennizzabile a termini di polizza, AXA riconosce la diaria indicata in polizza, per ogni giorno di convalescenza domiciliare (**In ogni caso prescritta e documentata dal medico curante**), corrispondente al:

- numero di giorni pari a quelli del ricovero, comunque col **massimo di 30 giorni**, in caso di ricovero senza intervento chirurgico;

Condizioni di assicurazione

Norme che regolano l'assicurazione - sezione infortuni

- numero di giorni pari a **4 volte** quelli del ricovero, comunque col **massimo di 30 giorni**, in caso di ricovero con intervento chirurgico terapeutico o day surgery;

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

La garanzia non è operante qualora il ricovero sia avvenuto in regime di day hospital.

Art. 13 | Rimborso spese di cura da infortunio

AXA rimborsa all'Assicurato le seguenti spese sostenute nei 360 giorni successivi alla data del sinistro, purché effettuate durante la validità del contratto e se inerenti all'infortunio denunciato:

- a) visite mediche, analisi ed esami strumentali e di laboratorio.
Le spese dentarie sono rimborsate, limitatamente alle conseguenze dirette ed esclusive dell'infortunio, purché lo stesso sia documentato da referto di pronto soccorso o di ricovero.
Relativamente all'applicazione di protesi dentarie (comprese il costo di quest'ultime) la garanzia è prestata fino alla concorrenza di 5.000,00 euro per sinistro e per anno assicurativo.
- b) trattamenti fisioterapici e rieducativi prestati da professionisti in possesso di regolare abilitazione;
- c) rette di degenza;
- d) onorari del chirurgo, dell'aiuto dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento, diritti di sala operatoria e materiale d'intervento. In caso di intervento chirurgico per la rimozione di mezzi di sintesi il limite di 360 giorni viene elevato a 720 giorni.

AXA rimborsa altresì le spese per:

- e) cure e medicinali sostenute durante il ricovero e nei 90 giorni successivi all'intervento chirurgico o alla cessazione del ricovero;
- f) acquisto o noleggio, previa prescrizione medica, di stampelle, tutori ed altri apparecchi ortopedici, fino ad un massimo di 500,00 euro, effettuati nei 90 giorni successivi al sinistro;
- g) trasporto sanitario dell'Assicurato stesso, con qualsiasi mezzo sanitariamente attrezzato, compreso l'elisoccorso, all'istituto di cura, per il trasferimento da un istituto di cura ad un altro e da qui al suo domicilio, con il limite di 2.000,00 euro per sinistro, effettuato nei 90 giorni successivi al sinistro.

Il rimborso di quanto previsto al presente articolo viene effettuato fino alla concorrenza dell'80% delle spese effettivamente sostenute, restando il rimanente 20% a carico dell'Assicurato con il minimo di 100,00 euro, per sinistro e per persona.

Il suindicato scoperto non si applica in caso di sinistro che abbia comportato un ricovero, un intervento chirurgico od un'invalidità permanente accertata ad eccezione del rimborso delle spese dentarie sulle quali opera sempre lo scoperto del 20% con l'applicazione del minimo di 100,00 euro, per sinistro e per persona come disciplinato dal precedente comma del presente articolo.

Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga del "Servizio Sanitario Nazionale", AXA rimborserà le spese non riconosciute dal precitato Servizio, compresi eventuali ticket (rimborsati sempre integralmente), sostenute dall'Assicurato per le prestazioni sopra descritte.

Qualora l'Assicurato fruisca di altre analoghe assicurazioni private o sociali, la garanzia vale per l'eventuale eccedenza di spese da queste non rimborsate.

I rimborsi vengono effettuati a cura ultimata e dopo presentazione dei documenti giustificativi in copia od originale, in Italia ed in valuta corrente. Axa si riserva di richiedere all'Assicurato la produzione del giustificativo esclusivamente in originale.

Il massimale prescelto costituisce il massimo rimborso per persona per uno o più sinistri verificatisi nello stesso anno assicurativo.

Estensioni

(sempre operanti)

Art. 14 | Rischio volo

L'assicurazione si intende estesa agli infortuni che l'Assicurato subisca, in qualità di passeggero, durante i viaggi aerei di trasporto pubblico o privato, su velivoli od elicotteri da chiunque eserciti, esclusi i viaggi

Condizioni di assicurazione

Norme che regolano l'assicurazione - sezione infortuni

effettuati:

- su aeromobili di Società/Aziende di lavoro aereo per voli diversi dal trasporto pubblico passeggeri;
- su aeromobili in esercizio ad aeroclubs;
- su apparecchi per il volo da diporto o sportivo.

La copertura inizia dal momento in cui l'Assicurato sale a bordo dell'aeromobile e cessa nel momento in cui scende.

L'estensione non è operante nel caso di polizza con durata inferiore ad un anno.

Art. 15 | Rimborso spese per danni estetici

L'assicurazione si intende estesa al rimborso delle spese sostenute dall'Assicurato per cure, applicazioni ed interventi di chirurgia effettuata allo scopo di eliminare o ridurre il danno estetico derivante da infortunio, indennizzabile ai termini di polizza, che abbia per conseguenza deturpazioni al viso di carattere estetico. L'importo massimo previsto per il rimborso spese è pari a 2.500,00 euro.

Art. 16 | Ernie traumatiche o da sforzo

L'assicurazione si intende estesa, limitatamente alle garanzie inabilità temporanea e Invalidità permanente da infortunio (se previste in polizza), alle ernie traumatiche o da sforzo (escluse in ogni caso le ernie discali).

Nel caso in cui l'ernia risulti obiettivamente operabile Axa riconoscerà esclusivamente un indennizzo per Inabilità temporanea che verrà liquidata fino ad un massimo di 30 giorni, dopo aver detratto le franchigie previste in polizza.

Nel caso in cui l'ernia non risulti obiettivamente operabile Axa riconoscerà esclusivamente un indennizzo per invalidità permanente, riconoscendo un grado di invalidità non superiore a 10 punti percentuali, fermo restando l'applicazione delle franchigie di polizza.

L'assicurazione ha effetto trascorsi 180° giorni da quello di effetto dell'assicurazione.

Qualora, per sostituzione od altra variazione di polizza, la presente assicurazione subentri - senza soluzione di continuità - ad altra eguale assicurazione con AXA, il termine di 180 giorni sopra stabilito decorre:

- dalla data di decorrenza della precedente assicurazione, per gli Assicurati e per le somme e le prestazioni dalla stessa già previsti;
- dalla data di decorrenza della presente assicurazione, limitatamente alle maggiori somme ed alle nuove persone e prestazioni da essa previste.

Art. 17 | Rotture sottocutanee di tendini

L'assicurazione è estesa, limitatamente alle garanzie Invalidità permanente e Rimborso spese di cura (se previste in polizza), alle rotture sottocutanee di tendini in seguito ad infortunio indennizzabile a termini di polizza.

Nel caso l'infortunio denunciato comporti la rottura di uno o più tendini Axa riconosce per:

- l'Invalidità permanente un indennizzo forfettario pari al 2% del capitale assicurato per Invalidità permanente da infortunio, con il massimo di 5.000,00 euro, senza tener conto delle franchigie previste;
- il Rimborso spese di cura un massimale di 1.000,00 euro come previsto dall'art. 13 delle condizioni di assicurazione.

Art. 18 | Perdita anno scolastico

AXA corrisponde un'indennità pari a 2.500,00 euro in caso di infortunio indennizzabile a termini di polizza che comporti l'impossibilità a frequentare le lezioni per un periodo tale da determinare la perdita dell'anno scolastico. La presente garanzia opera per gli Assicurati che frequentano scuole di istruzione primaria e secondaria italiane o straniere, situate nel territorio della Repubblica Italiana, della Città del Vaticano e della Repubblica di San Marino.

Il pagamento dell'indennità verrà corrisposto previa certificazione, rilasciata dalla segreteria scolastica o dal Provveditorato agli Studi, dalla quale risulti che la perdita dell'anno scolastico sia dovuta ad assenza dalle lezioni e previa dimostrazione, mediante certificazione medica, che tali assenze siano diretta conseguenza dell'infortunio denunciato.

Art. 19 | Esclusioni

Sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni causati:

- a) dalla guida o uso anche come passeggero di mezzi di locomozione aerei, compresi deltaplani e ultraleggeri, salvo quanto previsto dall'art. 14 - "Rischio volo";
- b) dalla guida di qualsiasi veicolo o natante a motore, se l'Assicurato è privo dell'abilitazione prescritta

Condizioni di assicurazione

Norme che regolano l'assicurazione - sezione infortuni

- dalle disposizioni vigenti, salvo il caso di guida con patente scaduta, ma a condizione che l'Assicurato abbia, al momento di sinistro, i requisiti per il rinnovo;
- c) dalla pratica di: pugilato, arti marziali, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme, alpinismo con scalata di difficoltà superiore al 3° grado della scala di Monaco, free climbing, skeleton, velocità pura su sci, sci estremo, football americano, rugby, hockey, discese su rapide con qualsiasi mezzo, regate o traversate in alto mare effettuate solitariamente, bungee jumping, salti dal trampolino con sci od idrosci nonché sci acrobatico, immersioni con autorespiratore, speleologia, bob o guidoslitta su pista specifica, Kitesurf, snow-kite, sport aerei in genere quali a puro titolo esemplificativo deltaplani, velivoli ultraleggeri, paracadutismo, parapendio;
 - d) dalla pratica di qualsiasi sport esercitato professionalmente;
 - e) dalla partecipazione a competizioni e relative prove ippiche, calcistiche, ciclistiche, di pallavolo, pallacanestro, pallamano, triathlon e duathlon svolte sotto l'egida delle competenti Federazioni o di Enti di promozione sportiva, in qualità di tesserati;
 - f) da ubriachezza dell'Assicurato, da abuso di psicofarmaci, dall'uso di stupefacenti o allucinogeni;
 - g) da azioni delittuose compiute o tentate dall'Assicurato, intendendosi invece compresi quelli sofferti in conseguenza di imprudenza, imperizia o negligenza anche gravi;
 - h) da atti commessi volontariamente dall'Assicurato contro la sua persona o da lui consentiti;
 - i) dall'uso, anche come passeggero, di veicoli o natanti a motore in competizioni non di regolarità pura e nelle relative prove;
 - j) da movimenti tellurici, inondazioni ed eruzioni vulcaniche, salvo quanto previsto dall'art. 44 "Eventi naturali catastrofici";
 - k) da guerra (dichiarata o non dichiarata) od insurrezioni, salvo quanto previsto dall'art. 45 "Rischio guerra";
 - l) da trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc);
 - m) le ernie e le rotture sottocutanee di tendini, salvo quanto previsto dall'art. 16 "Ernie traumatiche o da sforzo" e dall'Art. 17 "Rotture sottocutanee di tendini";
 - n) le conseguenze dell'infortunio che si concretizzino nella sindrome da immunodeficienza acquisita (A.I.D.S), nella sieropositività da HIV e nelle sindromi ad esse correlate;
 - o) le prestazioni sanitarie non riconosciute dalla medicina ufficiale nonché quelle non effettuate da medici o paramedici abilitati all'esercizio dell'attività professionale;
 - p) le cure odontoiatriche ed ortodontiche salvo quanto previsto dall'art. 13 lettera a).
- Sono inoltre esclusi dall'assicurazione:
- q) le conseguenze di operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche non resi necessari da infortunio;
 - r) gli infarti da qualsiasi causa determinati.

Garanzie aggiuntive

(Operanti solo se richiamate in polizza)

A1 – Forma rischi professionali *(non opera per la garanzia Rendita vitalizia da infortuni)*

L'assicurazione vale esclusivamente per gli infortuni subiti nello svolgimento dell'attività professionale indicata in polizza, ivi compreso il rischio "in itinere".

A2 – Forma rischi extraprofessionali *(non opera per la garanzia Rendita vitalizia da infortuni)*

L'assicurazione vale esclusivamente per gli infortuni subiti nello svolgimento di ogni attività esercitata non professionalmente purché inerente alla vita comune e di relazione, al disbrigo delle occupazioni familiari e domestiche, ai passatempi e alle comuni manifestazioni della vita di ogni giorno, nonché alla pratica di hobby anche se a carattere continuativo.

Sono esclusi gli infortuni che colpiscono l'Assicurato in occasione di lavoro retribuito, comunque ed ovunque esercitato. Si intende in ogni caso escluso il rischio "in itinere".

Condizioni di assicurazione

Norme che regolano l'assicurazione - sezione infortuni

A3 – Tabella Inail

A parziale deroga dell'art. 2 "Invalidità permanente da infortunio", la tabella delle percentuali di invalidità si intende sostituita con quella di cui all'allegato 1 del D.P.R. 30 giugno 1965, n. 1124 (e successive modifiche della tabella stessa intervenute sino al 30 giugno 2000).

In qualsiasi caso, relativamente ai postumi di trauma distorsivo cervicale con contrattura muscolare e limitazione dei movimenti del capo e del collo, l'indennizzo verrà effettuato facendo riferimento ad un valore massimo fissato nel **2 %**.

A4 – Invalidità permanente con maggiorazione progressiva

Opera esclusivamente per la garanzia Invalidità permanente da infortunio.

L'art. 4 "Riconoscimento dell'intera somma assicurata in caso di invalidità permanente grave" si intende abrogato.

A parziale deroga dell'art. 2 "Invalidità permanente da infortunio", l'indennizzo per invalidità permanente viene conteggiato sulla somma assicurata come disciplinato dalla seguente tabella.

Grado di Invalidità permanente accertato	Percentuale da liquidare sulla somma assicurata per Invalidità Permanente	Grado di Invalidità permanente accertato	Percentuale da liquidare sulla somma assicurata per Invalidità Permanente
Dal 1 al 25 compreso	pari al grado accertato (ferme le franchigie previste in polizza)	62	111
		63	114
		64	117
26	27	65	120
27	29	66	123
28	31	67	126
29	33	68	129
30	35	69	132
31	37	70	135
32	39	71	138
33	41	72	141
34	43	73	144
35	45	74	147
36	47	75	150
37	49	76	153
38	51	77	156
39	53	78	159
40	55	79	162
41	57	80	165
42	59	81	168
43	61	82	171
44	63	83	174
45	65	84	177
46	67	85	180
47	69	86	183
48	71	87	186
49	73	88	189
50	75	89	192
51	78	90	195
52	81	91	198
53	84	92	201
54	87	93	204

Condizioni di assicurazione

Norme che regolano l'assicurazione - sezione infortuni

55	90	94	207
56	93	95	210
57	96	96	213
58	99	97	216
59	102	98	219
60	105	99	222
61	108	100	225

A5 – Invalidità permanente speciale

La presente condizione aggiuntiva opera esclusivamente per la garanzia Invalidità Permanente da Infortunio.

A parziale deroga dell'Art. 2 – “Invalidità Permanente” delle norme che regolano l'assicurazione infortuni, la tabella delle percentuali di invalidità permanente si intende parzialmente sostituita dalla seguente:

Perdita anatomica o funzionale di:	
– Un arto superiore	100%
– Una mano o avambraccio	100%
– Un pollice	60%
– Un indice (o ultime due falangi)	60%
– Un medio (o ultime due falangi)	30%
– Un anulare	15%
– Un mignolo	15%
– Una falange ungueale del pollice	40%
– Una falange di altro dito della mano	2/3 del valore del dito
– Almeno due delle seguenti dita: pollice, indice ed medio di una mano	80%
– Un occhio	50%
– Ambedue gli occhi	100%
– Sordità completa di un orecchio	20%
– Sordità completa di ambedue gli orecchi	75%

Le valutazioni indicate nella tabella sono da ritenersi quali valori massimi.

Qualora l'invalidità permanente venga accertata facendo riferimento alla tabella sopra indicata, non si intende operante l'Art. 4 – “Riconoscimento dell'intera somma assicurata in caso di Invalidità permanente grave”.

La presente Condizione Aggiuntiva A5 non si intende operante qualora l'applicazione delle disposizioni dell'Art. 2 – “Invalidità permanente” (senza considerare le percentuali di supervalutazione dell'invalidità permanente sopra previste) e dell'Art. 4 “Riconoscimento dell'intera somma assicurata in caso di Invalidità permanente grave” siano più favorevoli all'Assicurato.

Per tutto quanto non qui diversamente regolato, comprese le menomazioni previste dalla tabella sopra indicata, restano operanti le disposizioni dell'Art. 2 - “Invalidità Permanente”.

Condizioni di assicurazione

Norme che regolano l'assicurazione - sezione infortuni

Art. 20 | Estensione rischi sportivi su garanzia Invalidità Permanente da Infortunio e Morte

Qualora vengano richiamate in polizza una o più condizioni aggiuntive sotto riportate, l'assicurazione, limitatamente alle garanzie morte e invalidità permanente se previste in polizza, è estesa agli infortuni subiti dall'Assicurato derivanti dalla pratica non professionale di:

B1 - ALPINISMO oltre il terzo grado.

B2 - ATLETICA PESANTE, PUGILATO E ARTI MARZIALI - relativamente al pugilato e alle arti marziali, si intendono esclusi i danni conseguenti alla perdita di denti.

B3 - GARE E CONCORSI IPPICI e relativi allenamenti.

B4 - IMMERSIONI CON AUTORESPIRATORE, comprese le embolie e le conseguenze della pressione dell'acqua.

B5 - SPELEOLOGIA.

B6 - CORSE E GARE CICLISTICHE, TRIATHLON e DUATHLON, e relativi allenamenti.

B7 - GARE DI CALCIO e relativi allenamenti.

B8 - GARE DI RUGBY, FOOTBALL AMERICANO E HOCKEY e relativi allenamenti.

B9 - GARE DI PALLACANESTRO, PALLAVOLO E PALLAMANO e relativi allenamenti.

Relativamente ai sopraindicati rischi sportivi e a deroga delle franchigie indicate in polizza per Invalidità permanente da infortunio, l'indennizzo verrà calcolato in base alle seguenti modalità:

- a) sulla parte fino a 250.000,00 euro di somma assicurata l'indennizzo è dovuto con applicazione di una franchigia di 5 punti percentuali sul grado di invalidità permanente accertato;
- b) sulla parte eccedente 250.000,00 euro e fino a 500.000,00 euro di somma assicurata l'indennizzo è dovuto con applicazione di una franchigia di 10 punti percentuali sul grado di invalidità permanente accertato;
- c) sulla parte eccedente 500.000,00 euro di somma assicurata l'indennizzo è dovuto con applicazione di una franchigia di 15 punti percentuali sul grado di invalidità permanente accertato.

Condizioni di assicurazione

Norme che regolano l'assicurazione - sezione malattia

Le garanzie

(Operanti solo se previste in polizza)

Art. 21 | Invalidità permanente da malattia

AXA corrisponde all'Assicurato il capitale indicato in polizza in caso di invalidità permanente, causata da malattia, che abbia per conseguenza un'invalidità riduttiva in modo permanente della capacità ad un qualsiasi lavoro proficuo dell'Assicurato di grado non inferiore al 25% della totale, insorta non oltre la scadenza contrattuale e manifestatasi entro un anno dalla cessazione della presente polizza.

L'indennizzo è conteggiato sulla somma assicurata in base alle percentuali indicate nella seguente tabella.

Grado di Invalidità Permanente da Malattia accertato	Percentuale da liquidare sulla somma assicurata	Grado di Invalidità Permanente da Malattia accertato	Percentuale da liquidare sulla somma assicurata
fino al 24 compreso	Nessun indennizzo	43	36
25	5	44	38
26	6	45	40
27	7	46	42
28	8	47	44
29	9	48	46
30	10	49	48
31	12	50	50
32	14	51	53
33	16	52	56
34	18	53	59
35	20	54	62
36	22	55	65
37	24	56	68
38	26	57	71
39	28	58	74
40	30	59	77
41	32	dal 60 al 100	100
42	34		

Art. 22 | Invalidità permanente grave da malattia

AXA corrisponde all'Assicurato l'intero capitale assicurato in caso di invalidità permanente, causata da malattia, che abbia per conseguenza un'invalidità riduttiva in modo permanente della capacità ad un qualsiasi lavoro proficuo dell'Assicurato di grado non inferiore al 60% della totale, insorta non oltre la scadenza contrattuale e manifestatasi entro un anno dalla cessazione della presente polizza.

Art. 23 | Rendita vitalizia da malattia

AXA corrisponde all'Assicurato la rendita vitalizia mensile rivalutabile assicurata, in caso di invalidità permanente, causata da malattia, che abbia per conseguenza un'invalidità riduttiva in modo permanente della capacità ad un qualsiasi lavoro proficuo dell'Assicurato di grado non inferiore al 60% della totale, insorta non oltre la scadenza contrattuale e manifestatasi entro un anno dalla cessazione della presente polizza.

Condizioni di assicurazione

Norme che regolano l'assicurazione - sezione malattia

Art. 24 | Diaria da ricovero - Classic

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

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

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

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

In caso di Intervento Chirurgico Ambulatoriale conseguente ad infortunio o malattia, AXA corrisponde il 100% della diaria indicata in polizza per ogni giorno documentato da relazione medica.

La diaria, nel caso in cui in polizza sia indicata la franchigia in giorni, viene corrisposta dal giorno successivo all'esaurimento della franchigia stessa. La franchigia non è operante per il Day Hospital e per il Day Surgery. In caso di parto viene corrisposta un'unica diaria per ogni giorno di ricovero della sola madre indipendentemente dal ricovero di uno o più neonati.

Art. 25 | Diaria da ricovero - Premium

In caso di ricovero dell'Assicurato in istituto di cura, reso necessario da infortunio, malattia, parto o aborto terapeutico indennizzabile a termini di polizza, AXA corrisponde, a partire dal giorno successivo al ricovero, la diaria indicata in polizza per ogni giorno di ricovero, documentato da cartella clinica, con il massimo di 365 giorni per sinistro. Tale diaria è maggiorata del 50% qualora il ricovero si protragga **per più di sei giorni consecutivi**. La maggiorazione è operante in caso di ricovero nel territorio della Repubblica Italiana, della Città del Vaticano e della Repubblica di San Marino.

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

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

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

In caso di Intervento Chirurgico Ambulatoriale conseguente ad infortunio o malattia, AXA corrisponde il 100% della diaria indicata in polizza per ogni giorno documentato da relazione medica.

La diaria, nel caso in cui in polizza sia indicata la franchigia in giorni, viene corrisposta dal giorno successivo all'esaurimento della franchigia stessa. La franchigia non è operante per il Day Hospital e per il Day Surgery. In caso di parto viene corrisposta un'unica diaria per ogni giorno di ricovero della sola madre indipendentemente dal ricovero di uno o più neonati.

Art. 26 | Diaria per convalescenza post ricovero - Argento

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

- il numero di giorni pari a quelli del ricovero col **massimo di 30 giorni**, in caso di ricovero senza intervento chirurgico;
- il numero di giorni pari a 4 volte quelli del ricovero, comunque col **massimo di 30 giorni**, in caso di ricovero con intervento chirurgico terapeutico o day surgery;
- **3 giorni** in caso di parto fisiologico o aborto terapeutico;
- **7 giorni** in caso di parto cesareo.

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

Questa prestazione non è operante qualora il ricovero sia avvenuto in regime di day hospital.

Condizioni di assicurazione

Norme che regolano l'assicurazione - sezione malattia

Art. 27 | Diaria per convalescenza post ricovero - Oro

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

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

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

Questa prestazione non è operante qualora il ricovero sia avvenuto in regime di day hospital.

Art. 28 | Diaria per convalescenza post ricovero - Platino

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

- Il numero di giorni doppi a quelli del ricovero, comunque col **massimo di 40 giorni**, in caso di ricovero senza intervento chirurgico;
- il numero di giorni pari a 6 volte quelli del ricovero, comunque col **massimo di 60 giorni**, in caso di ricovero con intervento chirurgico terapeutico o day surgery;
- **3 giorni** in caso di parto fisiologico o aborto terapeutico;
- **7 giorni** in caso di parto cesareo.

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

Questa prestazione non è operante qualora il ricovero sia avvenuto in regime di day hospital.

Art. 29 | Rimborso spese mediche di alta specializzazione

In caso di prestazioni sanitarie rese necessarie da malattia rientrante in una delle seguenti aree:

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

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

a) le spese relative agli esami di alta specializzazione qui di seguito espressamente elencati:

Angiografia; Ecotomografia vascolare (Doppler - Eco Color Doppler); Risonanza Magnetica Nucleare (R.M.N.); Scintigrafia; Tomografia Assiale Computerizzata (T.A.C.); Ecocardiografia; Ecocardi Doppler; Elettrocardiogramma dinamico (Holter); Mineralogia Ossea Computerizzata (M.O.C.); Test Ergometrico; EEG Mapping; Rettoscopia, Esofago gastroduodenoscopia, Pancolonscopia (anche se accompagnate da prelievo biptico); PET, Potenziali Evocati, Elettromiografia (EMG), Emogasanalisi, Holter Ossimetrico incruento, Prove di Funzionalità Respiratoria, Pletismografia, Coronarografia, Studio Elettrofisiologico del Cuore, Cateterismo Cardiaco, Holter Pressorio;

b) terapie oncologiche ambulatoriali;

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

Il rimborso di quanto previsto al presente articolo è effettuato integralmente.

Axa rimborsa all'assicurato unicamente le spese inerenti la malattia oggetto del sinistro.

Condizioni di assicurazione

Norme che regolano l'assicurazione - sezione malattia

Art. 30 | Capitale da convalescenza

Axa riconosce il capitale indicato in polizza in caso di diagnosi di patologia definita nel presente articolo.

La garanzia è operante, decorsi i termini di carenza, a condizione che:

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

L'erogazione del capitale comporta l'automatica esclusione dalla copertura della patologia oggetto di indennizzo e la garanzia rimane attiva per le restanti patologie assicurate.

La garanzia non è operante per le malattie che siano conseguenza o complicanza di una patologia già indennizzata in applicazione di quanto previsto dalla presente garanzia.

Definizioni

Cancro

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

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

Infarto miocardico acuto

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

Ictus cerebro-vascolare

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

Sclerosi multipla o a placche

Malattia caratterizzata da aree di demielinizzazione cerebrale e midollare spinale.

Sclerosi Laterale Amiotrofica

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

Morbo di Parkinson

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

Insufficienza renale

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

Anemia aplastica

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

Innesto bypass aorto coronarico

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

Trapianto di organi principali

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

Cecità totale

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

Paralisi

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

Coma irreversibile

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

Condizioni di assicurazione

Norme che regolano l'assicurazione - sezione malattia

Garanzia aggiuntiva

(Operante solo se richiamata in polizza)

Q1 – Rinuncia alla compilazione del questionario sanitario

AXA rinuncia alla compilazione, da parte degli Assicurati, del questionario sanitario.

L'assicurazione non è operante per le malattie e per gli stati patologici che siano espressione o conseguenza diretta di situazioni patologiche preesistenti alla data di decorrenza della polizza e note all'Assicurato.

Si conferma il contenuto dell'art. 32 "Decorrenza della garanzia – Termini di carenza".

Art. 31 | Esclusioni

L'assicurazione non è operante per:

- a) le malattie e gli stati patologici che siano espressione o conseguenza diretta di situazioni patologiche preesistenti alla data di decorrenza della polizza e note all'Assicurato, indipendentemente dalla loro dichiarazione sul questionario anamnestico;
- b) l'alcoolismo, la tossicodipendenza, la sindrome da immunodeficienza acquisita (A.I.D.S.), la sieropositività da HIV e le sindromi ad esse correlate, l'epilessia, la schizofrenia, le forme maniacali, ansiose e depressive, gli stati paranoici, le sindromi bipolari e l'Alzheimer;
- c) le cure per infertilità, sterilità maschile e femminile, fecondazione assistita e simili, impotenza;
- d) l'aborto volontario non terapeutico;
- e) le intossicazioni conseguenti ad abuso di alcoolici o ad uso non terapeutico di psicofarmaci, di stupefacenti o di allucinogeni;
- f) gli infortuni causati da ubriachezza dell'Assicurato, da abuso di psicofarmaci, dall'uso di stupefacenti o allucinogeni;
- g) gli infortuni conseguenti ad azioni delittuose compiute o tentate dall'Assicurato, intendendosi invece compresi quelli sofferti in conseguenza di imprudenza, imperizia o negligenza anche gravi;
- h) gli atti commessi volontariamente dall'Assicurato contro la sua persona o da lui consentiti;
- i) l'eliminazione o la correzione di difetti fisici, se non insorti in corso di contratto;
- j) l'eliminazione o correzione di malformazioni, salvo le malformazioni di cui l'Assicurato sia portatore inconscio;
- k) la correzione della miopia, astigmatismo, ipermetropia;
- l) le applicazioni e gli interventi di carattere estetico (salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da neoplasie maligne nei 360 giorni successivi all'intervento chirurgico demolitivo, o da infortunio comprovato da referto di pronto soccorso, purché effettuati durante la validità del contratto);
- m) le cure odontoiatriche ed ortodontiche (comprese le paradontiotipie);
- n) le cure non riconosciute dalla medicina ufficiale nonché quelle non effettuate da medici o paramedici abilitati all'esercizio dell'attività professionale;
- o) le conseguenze dirette od indirette di trasformazione o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione o fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);
- p) patologie determinate da influenze elettro-magnetiche;
- q) le conseguenze di movimenti tellurici, inondazioni ed eruzioni vulcaniche (salvo quanto previsto dall'art. 44 -"Eventi naturali catastrofici");
- r) le conseguenze di guerra (dichiarata o non dichiarata) od insurrezioni, (salvo quanto previsto dall'art. 45 -"Rischio di guerra");
- s) le conseguenze di tumulti popolari, atti violenti od aggressioni, cui l'Assicurato abbia preso parte attiva;
- t) le cure fitoterapiche, idropiniche, dietetiche e termali;
- u) gli infortuni causati dalla pratica di sports aerei in genere quali a puro titolo esemplificativo: deltaplani, paracadutismo, parapendio o dall'uso, anche come passeggero, di veicoli o natanti a motore in competizioni non di regolarità pura e nelle relative prove.

Condizioni di assicurazione

Norme che regolano l'assicurazione - sezione malattia

Art. 32 | Decorrenza della garanzia – Termini di carenza

Fermo quanto previsto dall'art. 55 - "Pagamento del premio e decorrenza della garanzia" la garanzia è valida dalle ore 24:

- del giorno di effetto dell'assicurazione, per gli infortuni occorsi successivamente a tale data;
- del 30° giorno successivo a quello di effetto dell'assicurazione per le malattie;
- del 180° giorno successivo a quello di effetto dell'assicurazione, per le conseguenze di stati patologici, sottoposti ad accertamenti o curati anteriormente alla stipulazione dell'assicurazione, dichiarati dall'Assicurato e se accettati da AXA con specifica clausola aggiuntiva, nonché per le conseguenze di stati patologici non conosciuti dall'Assicurato ma insorti, secondo giudizio medico, anteriormente alla stipulazione della polizza;
- del 180° giorno successivo a quello di effetto dell'assicurazione per le varici e le emorroidi;
- del 120° giorno successivo a quello di effetto dell'assicurazione per le malattie dipendenti da gravidanza e per l'aborto terapeutico, purché la gravidanza sia insorta successivamente alla data d'effetto dell'assicurazione;
- del 360° giorno successivo a quello di effetto dell'assicurazione per il parto.

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

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

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

Art. 33 | Aggiornamento automatico del premio in base all'età dell'assicurato

L'assicurazione è stipulata nella forma "Aggiornamento automatico del premio in base all'età dell'Assicurato".

Tale forma prevede alla scadenza di ciascuna annualità il rilascio al Contraente di apposita quietanza con premio aggiornato in base all'età a scadenza di ogni Assicurato ed è operante, secondo i coefficienti **di seguito previsti**, per le garanzie: Invalidità permanente da malattia, Invalidità permanente grave da malattia, Rendita vitalizia da malattia, Rimborso spese mediche di alta specializzazione, Diaria da ricovero Classic e Premium e Diaria per convalescenza post-ricovero Argento, Oro, Platino e Capitale da convalescenza.

L'aumento del premio è determinato per singolo Assicurato applicando al premio in corso delle garanzie il coefficiente previsto dalle tabelle sotto indicate in corrispondenza dell'età dell'Assicurato.

Successivamente al premio così determinato, sono sommati i premi delle restanti garanzie eventualmente prestate, che non prevedono l'aggiornamento automatico del premio in base all'età;

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

Condizioni di assicurazione

Norme che regolano l'assicurazione - sezione malattia

Aggiornamento automatico del premio in base all'età dell'Assicurato			
INVALIDITÀ PERMANENTE DA MALATTIA - INVALIDITÀ PERMANENTE GRAVE DA MALATTIA			
Età	Coefficienti di adeguamento	Età	Coefficienti di Adeguamento
1	1,000	42	1,079
2	1,000	43	1,074
3	1,000	44	1,063
4	1,000	45	1,059
5	1,000	46	1,056
6	1,000	47	1,053
7	1,000	48	1,050
8	1,000	49	1,070
9	1,000	50	1,065
10	1,000	51	1,061
11	1,000	52	1,058
12	1,000	53	1,054
13	1,000	54	1,058
14	1,000	55	1,055
15	1,000	56	1,052
16	1,000	57	1,049
17	1,000	58	1,047
18	1,000	59	1,060
19	1,000	60	1,057
20	1,000	61	1,054
21	1,000	62	1,051
22	1,000	63	1,048
23	1,000	64	1,046
24	1,000	65	1,100
25	1,000	66	1,100
26	1,000	67	1,100
27	1,000	68	1,100
28	1,000	69	1,100
29	1,000	70	1,100
30	1,000	71	1,100
31	1,083	72	1,100
32	1,077	73	1,100
33	1,071	74	1,100
34	1,107	75	1,100
35	1,096	76	1,100
36	1,088	77	1,100
37	1,081	78	1,100
38	1,075	79	1,100
39	1,104	80	1,100
40	1,094	Oltre 80	1,100
41	1,086	-	-

Condizioni di assicurazione

Norme che regolano l'assicurazione - sezione malattia

Aggiornamento automatico del premio in base all'età dell'Assicurato			
RENDITA VITALIZIA DA MALATTIA			
Età	Coefficienti di adeguamento	Età	Coefficienti di Adeguamento
17	1,038	50	1,032
18	1,038	51	1,031
19	1,038	52	1,030
20	1,038	53	1,028
21	1,037	54	1,027
22	1,037	55	1,025
23	1,037	56	1,023
24	1,037	57	1,021
25	1,036	58	1,019
26	1,036	59	1,017
27	1,036	60	1,015
28	1,021	61	1,013
29	1,005	62	1,010
30	1,020	63	1,008
31	1,020	64	1,006
32	1,023	65	1,100
33	1,026	66	1,100
34	1,029	67	1,100
35	1,031	68	1,100
36	1,033	69	1,100
37	1,035	70	1,100
38	1,037	71	1,100
39	1,038	72	1,100
40	1,039	73	1,100
41	1,040	74	1,100
42	1,040	75	1,100
43	1,040	76	1,100
44	1,039	77	1,100
45	1,039	78	1,100
46	1,038	79	1,100
47	1,037	80	1,100
48	1,035	Oltre 80	1,100
49	1,034	-	-

Condizioni di assicurazione

Norme che regolano l'assicurazione - sezione malattia

Aggiornamento automatico del premio in base all'età dell'Assicurato			
DIARIA DA RICOVERO CLASSIC e PREMIUM senza franchigia, DIARIA PER CONVALESCENZA			
Età	Coefficienti di adeguamento	Età	Coefficienti di Adeguamento
1	1,000	42	1,030
2	1,000	43	1,029
3	1,000	44	1,028
4	1,000	45	1,016
5	1,000	46	1,000
6	1,000	47	1,000
7	1,000	48	1,074
8	1,000	49	1,000
9	1,000	50	1,000
10	1,000	51	1,000
11	1,000	52	1,000
12	1,000	53	1,069
13	1,000	54	1,000
14	1,000	55	1,000
15	1,000	56	1,000
16	1,000	57	1,000
17	1,000	58	1,065
18	1,000	59	1,000
19	1,000	60	1,085
20	1,011	61	1,039
21	1,011	62	1,038
22	1,011	63	1,036
23	1,011	64	1,050
24	1,011	65	1,048
25	1,010	66	1,045
26	1,010	67	1,043
27	1,010	68	1,042
28	1,010	69	1,021
29	1,010	70	1,020
30	1,017	71	1,020
31	1,016	72	1,020
32	1,016	73	1,019
33	1,016	74	1,020
34	1,016	75	1,100
35	1,015	76	1,100
36	1,015	77	1,100
37	1,015	78	1,100
38	1,015	79	1,100
39	1,015	80	1,100
40	1,014	Oltre 80	1,100
41	1,031	-	-

Condizioni di assicurazione

Norme che regolano l'assicurazione - sezione malattia

Aggiornamento automatico del premio in base all'età dell'Assicurato			
DIARIA DA RICOVERO CLASSIC e PREMIUM con franchigia 3 giorni			
Età	Coefficienti di adeguamento	Età	Coefficienti di Adeguamento
1	1,000	42	1,043
2	1,000	43	1,039
3	1,000	44	1,059
4	1,000	45	1,057
5	1,000	46	1,055
6	1,000	47	1,059
7	1,000	48	1,035
8	1,000	49	1,035
9	1,000	50	1,034
10	1,000	51	1,033
11	1,000	52	1,032
12	1,000	53	1,031
13	1,000	54	1,030
14	1,000	55	1,029
15	1,000	56	1,028
16	1,000	57	1,027
17	1,000	58	1,027
18	1,000	59	1,026
19	1,000	60	1,025
20	1,000	61	1,025
21	1,000	62	1,024
22	1,000	63	1,040
23	1,000	64	1,039
24	1,000	65	1,038
25	1,000	66	1,038
26	1,000	67	1,024
27	1,000	68	1,021
28	1,000	69	1,021
29	1,000	70	1,020
30	1,000	71	1,020
31	1,000	72	1,019
32	1,000	73	1,019
33	1,000	74	1,019
34	1,000	75	1,100
35	1,000	76	1,100
36	1,000	77	1,100
37	1,000	78	1,100
38	1,000	79	1,100
39	1,024	80	1,100
40	1,023	Oltre 80	1,100
41	1,045	-	-

Condizioni di assicurazione

Norme che regolano l'assicurazione - sezione malattia

Aggiornamento automatico del premio in base all'età dell'Assicurato							
RIMBORSO SPESE MEDICHE ALTA SPECIALIZZAZIONE				CAPITALE DA CONVALESCENZA			
Età	Coefficienti di adeguamento	Età	Coefficienti di adeguamento	Età	Coefficienti di Adeguamento	Età	Coefficienti di Adeguamento
1	1,000	42	1,031	1	2,80%	42	3,55%
2	1,000	43	1,026	2	2,80%	43	3,55%
3	1,000	44	1,033	3	2,80%	44	3,55%
4	1,000	45	1,031	4	2,80%	45	3,55%
5	1,000	46	1,032	5	2,80%	46	3,55%
6	1,000	47	1,030	6	2,80%	47	3,55%
7	1,000	48	1,033	7	2,80%	48	3,55%
8	1,000	49	1,031	8	2,80%	49	3,55%
9	1,000	50	1,031	9	2,80%	50	3,55%
10	1,000	51	1,033	10	2,80%	51	4,00%
11	1,000	52	1,032	11	3,10%	52	4,00%
12	1,000	53	1,031	12	3,10%	53	4,00%
13	1,000	54	1,032	13	3,10%	54	4,00%
14	1,000	55	1,031	14	3,10%	55	4,00%
15	1,000	56	1,033	15	3,10%	56	4,00%
16	1,000	57	1,032	16	3,10%	57	4,00%
17	1,000	58	1,031	17	3,10%	58	4,00%
18	1,000	59	1,032	18	3,10%	59	4,00%
19	1,023	60	1,031	19	3,10%	60	4,00%
20	1,030	61	1,033	20	3,10%	61	4,20%
21	1,029	62	1,034	21	3,25%	62	4,20%
22	1,028	63	1,030	22	3,25%	63	4,20%
23	1,027	64	1,034	23	3,25%	64	4,20%
24	1,033	65	1,100	24	3,25%	65	4,20%
25	1,026	66	1,100	25	3,25%	66	4,20%
26	1,025	67	1,100	26	3,25%	67	4,20%
27	1,037	68	1,100	27	3,25%	68	4,20%
28	1,030	69	1,100	28	3,25%	69	4,20%
29	1,029	70	1,100	29	3,25%	70	4,20%
30	1,028	71	1,100	30	3,25%	71	4,40%
31	1,033	72	1,100	31	3,40%	72	4,40%
32	1,026	73	1,100	32	3,40%	73	4,40%
33	1,031	74	1,100	33	3,40%	74	4,40%
34	1,030	75	1,100	34	3,40%	75	4,40%
35	1,029	76	1,100	35	3,40%	76	4,40%
36	1,033	77	1,100	36	3,40%	77	4,40%
37	1,027	78	1,100	37	3,40%	78	4,40%
38	1,035	79	1,100	38	3,40%	79	4,40%
39	1,026	80	1,100	39	3,40%	80	4,40%
40	1,033	Oltre 80	1,100	40	3,40%	Oltre 80	4,40%
41	1,032	-	-	41	3,55%	-	-

Condizioni di assicurazione

Norme che regolano l'assicurazione – il sinistro

Art. 34 | Obblighi in caso di sinistro - infortuni e malattia

In caso di sinistro, il Contraente, l'Assicurato o altro soggetto per conto dei medesimi, deve darne avviso scritto all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza oppure ad AXA **entro 3 giorni** da quando ne ha avuto conoscenza o possibilità ai sensi dell'art. 1913 del Codice Civile.

Relativamente alle garanzie: Invalidità permanente da malattia, Invalidità permanente grave da malattia e Rendita vitalizia da malattia si stabilisce **un termine di 15 giorni** da quando, secondo parere medico, ci sia motivo di ritenere che la malattia stessa, possa interessare la garanzia.

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

La denuncia dell'infortunio deve contenere l'indicazione del luogo, giorno, ora e causa dell'evento e deve essere corredata da certificazione medica.

La denuncia della malattia deve essere corredata da certificazione medica circa la natura dell'infermità.

L'Assicurato od i suoi famigliari devono far pervenire ad AXA le informazioni relative al decorso delle lesioni o della malattia, fornendo anche copia delle cartelle cliniche complete e dei certificati medici in copia od originale che prescrivono: la convalescenza ed il relativo eventuale prolungamento, l'Inabilità temporanea ed i relativi eventuali rinnovi, la gessatura e la sua rimozione, delle prescrizioni per prestazioni mediche con la presunta patologia e/o la relativa diagnosi, delle copie o degli originali delle notule, fatture o ricevute quietanzate ed di ogni altro documento ritenuto da Axa attinente alla valutazione ed alla liquidazione del sinistro.

Axa si riserva di richiedere all'Assicurato la produzione del giustificativo esclusivamente in originale.

L'Assicurato od i suoi famigliari devono consentire le indagini e gli accertamenti necessari nonché, su richiesta di AXA, sottoporsi agli eventuali accertamenti e controlli medici disposti dai suoi incaricati, fornire ogni informazione e produrre copia di ogni documentazione sanitaria richiesta sciogliendo dal segreto professionale e d'ufficio i medici che lo hanno visitato o curato e gli enti presso i quali è stato ricoverato o curato ambulatorialmente, acconsentendo al trattamento dei dati personali a norma del d.lgs 196/03 e successive modifiche.

Relativamente alle garanzie: Invalidità permanente da malattia, Invalidità permanente grave da malattia e Rendita vitalizia da malattia, l'Assicurato dovrà produrre certificato medico attestante la stabilizzazione degli esiti della malattia e sottoporsi all'accertamento della valutazione dell'invalidità permanente entro 24 mesi dalla denuncia a seguito specifica richiesta di Axa. Tale termine si intende ridotto a 12 mesi dalla denuncia nel caso di denuncia di aggravamento di malattia precedentemente non indennizzata poiché rientrando in franchigia come disposto all'art. 36 "Criteri di indennizzabilità delle garanzie: Invalidità permanente da malattia, Invalidità permanente grave da malattia e Rendita vitalizia da malattia".

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

Art. 35 | Criteri di indennizzabilità infortuni

AXA corrisponde l'indennizzo per le conseguenze dirette ed esclusive dell'infortunio. Se, al momento dell'infortunio, l'Assicurato non è fisicamente integro e sano, sono indennizzabili soltanto le conseguenze che si sarebbero comunque verificate qualora l'infortunio avesse colpito una persona fisicamente integra e sana.

In caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto già minorato, le percentuali di cui all'art. 2 - "Invalidità permanente da infortunio", sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente.

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

Condizioni di assicurazione

Norme che regolano l'assicurazione – il sinistro

Art. 36 | Criteri di indennizzabilità delle garanzie malattia:

1) Invalidità permanente, Invalidità permanente grave e Rendita vitalizia

AXA corrisponde l'indennità indicata in polizza per le conseguenze dirette causate dalla singola malattia denunciata ai sensi dell'art. 34 "Obblighi in caso di sinistro – infortuni e malattia".

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

Qualora la malattia colpisca un soggetto già affetto da altre patologie e/o invalidità preesistenti alla stipula della polizza, oltre a quanto disposto dal successivo art. 52 "Persone non assicurabili", sarà comunque ritenuto non indennizzabile il maggior pregiudizio derivante da condizioni menomative coesistenti e/o concorrenti.

Nel corso dell'assicurazione, le malattie già indennizzate da AXA non potranno essere oggetto di ulteriore valutazione sia in caso di loro aggravamento, sia in caso di loro concorrenza con nuove malattie. Nel caso quindi di una successiva diversa malattia che colpisca un soggetto già menomato, la valutazione dell'ulteriore invalidità andrà effettuata in modo autonomo, senza tenere conto del maggior pregiudizio arrecato dalla preesistente condizione.

Nel corso dell'assicurazione le invalidità permanenti valutate e non indennizzate da Axa, poiché rientranti in franchigia, saranno oggetto di ulteriore valutazione in caso di loro aggravamento. Qualora indennizzate, non potranno essere oggetto di ulteriore valutazione sia in caso di loro ulteriore aggravamento che in caso di loro concorrenza con nuove malattie. La richiesta di ulteriore valutazione, a seguito aggravamento della malattia, potrà essere presentata non prima che siano trascorsi 6 mesi e non oltre 12 mesi dalla data di accertamento della precedente invalidità e non sarà ripetibile. Il grado di invalidità permanente verrà rivalutato entro un termine massimo di 12 mesi dalla denuncia attestante l'aggravamento.

La valutazione dell'invalidità permanente è effettuata secondo le tabelle stabilite per le assicurazioni sociali contro gli infortuni e le malattie professionali contenute nel T.U. di cui al D.P.R. 30 giugno 1965, n. 1124 (e successive modifiche della tabella stessa intervenute sino al 30 giugno 2000).

Nei casi di invalidità permanente non previsti dal D.P.R. 30 giugno 1965, n. 1124 (e successive modifiche) la valutazione sarà effettuata tenendo conto, in relazione ai casi di invalidità permanente previsti, della misura in cui è per sempre diminuita la capacità generica dell'Assicurato ad un qualsiasi lavoro proficuo indipendentemente dalla sua professione.

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

L'indennizzo è di carattere personale e quindi non è trasmissibile agli eredi.

Tuttavia, relativamente alle garanzie Invalidità permanente da malattia e Invalidità permanente grave da Malattia, se l'Assicurato muore dopo che l'ammontare dell'indennizzo sia stato liquidato o comunque offerto in misura determinata, AXA paga agli eredi l'importo liquidato o offerto secondo le norme della successione testamentaria o legittima.

Nel caso l'indennizzo non sia stato ancora offerto, se l'Assicurato muore per causa indipendente dalla malattia denunciata, a condizione che gli eredi o aventi causa dimostrino mediante la produzione di idonea documentazione l'oggettiva stabilizzazione dei postumi permanenti e l'assoluta ed oggettiva estraneità della causa del decesso rispetto alla malattia generante lo stato di invalidità, AXA paga l'importo spettante a termini di polizza agli eredi secondo le norme della successione testamentaria o legittima.

2) Capitale da convalidazione

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

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

- Cancro**, diagnosi effettuata da specialista oncologo confermata da indagini anatomopatologiche;
- Infarto miocardico acuto**, documentazione specifica rappresentata da accertamenti strumentali (esempio: Eco-doppler, ECG, ecc.) e di laboratorio (esempio: esami ematochimici, enzimi cardiaci, ecc.);
- Ictus cerebro-vascolare**, documentazione medica rilasciata da un medico specialista neurologo, operante all'interno di una divisione di neurologia, che conferma il danno neurologico sensitivo e motorio permanente;
- Sclerosi multipla o a placche, Sclerosi laterale amiotrofica e Morbo di Parkinson**, diagnosi documentata e confermata da specialista neurologo operante all'interno di una divisione di neurologia;

Condizioni di assicurazione

Norme che regolano l'assicurazione – il sinistro

- e) **Insufficienza renale**, all'ultimo stadio documentata da esami di laboratorio e certificata da medico specialista operante presso una divisione di medicina interna;
- f) **Anemia aplastica**, diagnosi confermata da esame istologico del midollo e da accertamenti ematologici, effettuata da medico specialista ematologo od internista operante presso una divisione di medicina interna;
- g) **Cecità totale**, diagnosi effettuata mediante potenziali evocati visivi;
- h) **Paralisi**, diagnosi documentata di paralisi permanente o irreversibile di almeno due arti effettuata da un medico specialista in neurologia.

Art. 37 | Cumulo di indennità

Le indennità per tutte le garanzie sono cumulabili fra di loro tranne la garanzia morte che non è cumulabile con l'invalidità permanente; tuttavia, se dopo il pagamento di un indennizzo per invalidità permanente, ma entro due anni dal giorno dell'infortunio ed in conseguenza di questo, l'Assicurato muore, gli eredi dell'Assicurato non sono tenuti ad alcun rimborso, mentre i beneficiari hanno diritto soltanto alla differenza tra l'indennizzo per morte - se superiore - e quello già pagato per invalidità permanente.

Art. 38 | Controversie – Arbitrato irrituale

Le controversie di natura medica sull'indennizzabilità del sinistro, sul grado di invalidità permanente, sui miglioramenti ottenibili con adeguati trattamenti terapeutici, sulla durata dell'inabilità, nonché sull'applicazione dei criteri di indennizzabilità, 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.

È data facoltà al Collegio Medico di rinviare, ove ne riscontri l'opportunità, l'accertamento definitivo dell'invalidità permanente ad epoca da definirsi dal Collegio stesso, nel qual caso il Collegio può intanto concedere una provvisoria sull'indennizzo.

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

Art. 39 | Pagamento dell'Indennizzo e corresponsione della Rendita – (Infortuni e malattia)

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

A liquidazione avvenuta, AXA restituisce all'Assicurato la documentazione originale ricevuta (fatture o ricevute fiscali) con apposizione sulla stessa della data e dell'importo relativi all'indennizzo corrisposto.

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.

Relativamente alle garanzie Rendita vitalizia da malattia e Rendita vitalizia da infortunio, Axa verificata l'operatività della garanzia, ricevuta la documentazione relativa al sinistro e compiuti gli accertamenti del caso ed accertata l'invalidità definitiva, ne dà comunicazione scritta all'assicurato. Ricevuta accettazione dell'Assicurato, AXA al fine di corrispondere la rendita vitalizia mensile indicata in polizza, emetterà una propria polizza vita a favore dell'Assicurato, la cui sottoscrizione determinerà l'accensione della medesima. La rendita inizierà ad essere corrisposta dal mese successivo alla data di effetto della polizza vita e verrà erogata fino a quando l'Assicurato sarà in vita.

Nella fattispecie, le figure dell'Assicurato e Beneficiario della polizza coincidono. Pertanto, il contratto consisterà nell'impegno di AXA di corrispondere al Beneficiario-Assicurato la rendita vitalizia mensile indicata in polizza che si rivaluta annualmente per effetto dei rendimenti finanziari derivanti dalla speciale gestione degli investimenti cui è legata l'assicurazione vita. È garantita inoltre una rivalutazione minima

Condizioni di assicurazione

Norme che regolano l'assicurazione – il sinistro

calcolata sulla base del tasso di interesse annuo anticipato (tasso tecnico) in vigore al momento della stipulazione della polizza vita.

La rendita vitalizia non consente valore di riscatto, è di carattere personale e quindi non trasmissibile agli eredi.

Il pagamento dell'indennizzo è effettuato in Italia ed 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. 40 | Anticipo Indennizzo sulla garanzia Invalidità permanente da infortunio

Trascorsi 30 giorni dalla richiesta dell'Assicurato, AXA anticiperà il 50% del presumibile ammontare dell'indennizzo per Invalidità permanente da infortunio da congruarsi in sede di definitiva liquidazione del sinistro a condizione che:

- non esistano contestazioni sull'indennizzabilità dell'infortunio,
- il grado di invalidità permanente stimato da AXA non sia inferiore al 25%.

Fermo restando quanto previsto, l'anticipo non deve essere considerato impegno definitivo di AXA sul grado percentuale di invalidità permanente da liquidarsi.

Art. 41 | Attività diversa da quella dichiarata

Fermo il disposto degli artt. 48 "Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio", 49 "Aggravamento del rischio", e 19 "Esclusioni", si stabilisce che qualora l'infortunio si verifichi nello svolgimento di un'attività diversa da quella dichiarata:

- l'indennizzo sarà corrisposto integralmente se la diversa attività non aggrava il rischio;
- l'indennizzo sarà corrisposto nella ridotta misura indicata nella "Tabella delle percentuali di indennizzo" che segue, se la diversa attività aggrava il rischio:

Tabella delle percentuali di indennizzo

Attività dichiarata in polizza					
Attività svolta al momento del sinistro	CLASSI	1	2	3	4
	1	100	100	100	100
	2	75	100	100	100
	3	60	80	100	100
	4	45	60	75	100

A tal fine, per determinare il livello di rischio dell'attività dichiarata in polizza rispetto a quella effettivamente svolta al momento del sinistro, si farà riferimento **alla classificazione dei rischi di seguito riportata** ove sono indicate le varie attività e le corrispondenti classi di rischio.

Per la classificazione di eventuali attività non specificate nell'elenco saranno utilizzati criteri di equivalenza e/o analogia ad un'attività elencata.

Qualora l'attività effettivamente svolta al momento del sinistro non rientri e non trovi analogia con quelle previste nell'elenco verrà applicato il disposto dell'art. 49 "Aggravamento del rischio".

Condizioni di assicurazione

Elenco attività - professioni

Classificazione dei rischi e codifica professioni		
Codici	Descrizione attività	Classi di rischio
	Addetto negozio o esercizio commerciale di:	
0001	– abiti, confezioni	1
0002	– accessori per autoveicoli	2
0003	– armeria con confezionamento di cartucce e munizioni	2
0004	– armeria senza confezionamento di cartucce e munizioni	1
0005	– articoli da regalo	1
0006	– articoli ed apparecchi fotografici e di ottica	1
0007	– articoli igienico-sanitari	2
0008	– articoli in pelle, calzature	1
0009	– articoli sportivi	1
0010	– bar, caffè, birreria	2
0011	– cartoleria, libreria	1
0012	– casalinghi	1
0013	– colori e vernici	2
0014	– computers, mobili per ufficio	2
0015	– dischi, musica, strumenti musicali	1
0016	– drogheria, vini e liquori	2
0017	– elettrodomestici, radio, TV (esclusa posa di antenne)	2
0018	– ferramenta	2
0019	– fiori e piante	2
0020	– frutta e verdura	2
0021	– generi alimentari	2
0022	– di giocattoli	1
0023	– macelleria (esclusa macellazione)	2
0024	– merceria, tessuti	1
0025	– mobili	2
0026	– oreficeria, orologeria, gioielleria	2
0027	– panetteria, latteria, pasticceria, gelateria: senza produzione	1
0028	– panetteria, latteria, pasticceria, gelateria: con produzione	2
0029	– pellicce, capi in pelle	1
0030	– pescheria	2
0031	– profumeria	1
0032	– ristorante, trattoria, pizzeria	2
0033	– salumeria, rosticceria	2
0034	– surgelati	2
0035	– tabaccheria	1
0036	– tintoria, lavanderia	2
0037	Addetto pompe funebri	2
0038	Agente di assicurazione	2
0039	Agente di borsa	2
0040	Agente di cambio	1
0041	Agente di commercio	2
0042	Agente di custodia	3
0043	Agente di pubblicità	2
0044	Agente immobiliare	2
0045	Agente Polizia di Stato	4
0046	Agente Polizia ferroviaria	2
0047	Agricoltore (proprietario, affittuario, ecc.) con mansioni amministrative	1
0048	Agricoltore con prestazioni manuali con guida di macchine agricole	3

Condizioni di assicurazione

Elenco attività - professioni

Codici	Descrizione attività	Classi di rischio
0049	Agricoltore con prestazioni manuali senza guida di macchine agricole	3
0050	Agronomo	1
0051	Albergatore con prestazioni manuali	2
0052	Albergatore senza prestazioni manuali	1
0053	Allenatore sportivo / Arbitro	2
0054	Allevatore di animali diversi da equini, bovini, suini	2
0055	Allevatore di equini, bovini, suini	3
0056	Ambulante	2
0057	Amministratore di beni propri o altrui	1
0058	Analista chimico	2
0059	Antennista (installatore di antenne radio TV)	3
0060	Antiquario con restauro	3
0061	Antiquario senza restauro	1
0062	Archeologo	3
0063	Architetto con accesso a cantieri, ponteggi, impalcature	2
0064	Architetto senza accesso a cantieri, ponteggi, impalcature	1
0065	Archivista	1
0066	Arredatore	1
0067	Arrotino	3
0068	Assistente sociale	2
0069	Attore / Regista	2
0070	Autista di autocarri superiori a 40 q.li a pieno carico, autobus, macchine operatrici	4
0071	Autista di veicoli, esclusi: autocarri superiori a 40 q.li a pieno carico, autobus, macchine operatrici, taxi	3
0072	Autorimessa: addetto riparazione, manutenzione, lavaggio, ecc.	3
0073	Autorimessa: esercente senza prestazioni manuali	1
0074	Autotrasportatore con guida di veicoli	4
0075	Autotrasportatore: titolare senza prestazioni manuali	1
0076	Avvocato e procuratore legale	2
0077	Baby sitter	2
0078	Bagnino	2
0079	Ballerino	2
0080	Barista	2
0081	Benestante	1
0082	Bidello	2
0083	Bigliettaio e cassiere di cinema o teatro	1
0084	Biologo	1
0085	Boscaiolo, abbattitore e potatore di alberi di alto fusto (senza uso di esplosivi)	3
0086	Caldaista	3
0087	Calzolaio	2
0088	Cameriere	2
0089	Cantante	2
0090	Cantoniere	3
0091	Carabiniere	3
0092	Carpentiere (anche su ponteggi, impalcature)	4
0093	Carpentiere (solo a terra)	3
0094	Carrozziere di autoveicoli (autoriparatore)	3
0095	Casalinga	1
0096	Casaro	2
0097	Casellante	2
0098	Cavaiole senza uso di mine	4

Condizioni di assicurazione

Elenco attività - professioni

Codici	Descrizione attività	Classi di rischio
0099	Ceramista	2
0100	Clero (appartenente al)	1
0101	Commercialista	1
0102	Concessionario di autoveicoli	2
0103	Concessionario di motoveicoli	2
0104	Conciatore (di pelle)	3
0105	Consulente del lavoro	1
0106	Corniciaio	2
0107	Cuoco	2
0108	Custode, portiere	2
0109	Direttore artistico	2
0110	Direttore d'orchestra	2
0111	Dirigente compreso accesso a cantieri, ponteggi, impalcature	2
0112	Dirigente escluso accesso a cantieri, ponteggi, impalcature	1
0113	Disegnatore	1
0114	Disinfestatore (anche derattizzazione)	2
0115	Disk jockey	1
0116	Distributori di carburante (gestore di) con manutenzione, lavaggio	3
0117	Distributori di carburante (gestore di) senza manutenzione, lavaggio	2
0118	Domestico (collaboratore familiare)	2
0119	Elettrauto	3
0120	Elettricista con uso di impalcature e ponteggi	4
0121	Elettricista senza uso di impalcature e ponteggi	3
0122	Enologo ed enotecnico	2
0123	Esercito (esclusi Carabinieri, Guardie di Finanza): Sottufficiale	2
0124	Esercito (esclusi Carabinieri, Guardie di Finanza): Ufficiale	2
0125	Estetista (callista, pedicure, manicure, ecc.)	2
0126	Fabbricante di apparecchi ortopedici	2
0127	Fabbro (anche su ponteggi, impalcature)	4
0128	Fabbro (solo a terra)	3
0129	Facchino / Traslocatore	4
0130	Falegname	4
0131	Farmacista	1
0132	Fattorino	2
0133	Ferroviero: macchinista	3
0134	Ferroviero: personale viaggiante	2
0135	Fochista	3
0136	Fotografo anche all'esterno	2
0137	Fotografo solo in studio	1
0138	Fotomodella, indossatrice	1
0139	Geologo	1
0140	Geometra con accesso a cantieri, ponteggi, impalcature	2
0141	Geometra senza accesso a cantieri, ponteggi, impalcature	1
0142	Giardiniere, vivaista, floricultore	2
0143	Giornalaio	1
0144	Giornalista (cronista, corrispondente)	2
0145	Gommista	3
0146	Grafico	1
0147	Gruista	4
0148	Guardacaccia	2
0149	Guardapesca	2

Condizioni di assicurazione

Elenco attività - professioni

Codici	Descrizione attività	Classi di rischio
0150	Guardia giurata	2
0151	Guardia di Finanza	3
0152	Guida ed animatore turistico	2
0153	Idraulico	3
0154	Imbianchino con uso di ponteggi e impalcature	4
0155	Imbianchino senza uso di ponteggi e impalcature	3
0156	Impiegato	2
0158	Imprenditore che non presta opera manuale*	1
0159	Imprenditore che presta saltuariamente opera manuale*	1
0160	Imprenditore edile che presta opera manuale	4
0161	Infermiere / Tatuatore	2
0162	Ingegnere con accesso a cantieri, ponteggi, impalcature	2
0163	Ingegnere senza accesso a cantieri, ponteggi, impalcature	1
0164	Insegnante di arti marziali e lotta nelle sue varie forme	3
0165	Insegnante di ballo	2
0166	Insegnante di educazione fisica, attività sportive (esclusi equitazione, arti marziali e lotta nelle diverse forme)	2
0167	Insegnante di equitazione	3
0168	Insegnante di materie non sperimentali o di pratica professionale	1
0169	Insegnante di materie sperimentali o di pratica professionale	2
0170	Insegnante di asilo o elementari o musica	1
0171	Installatore di distributori automatici (compresa manutenzione)	3
0172	Installatore di tende, veneziane, serramenti con uso di ponteggi, impalcature	3
0173	Installatore di tende, veneziane, serramenti senza uso di ponteggi, impalcature	2
0174	Interprete	1
0175	Investigatore	2
0176	Ispettore di assicurazione	2
0177	Istruttore di scuola guida	2
0178	Lattoniere	4
0179	Legatore di libri	2
0180	Litografo	2
0181	Macellaio (compresa macellazione)	3
0182	Magazziniere	2
0183	Magistrato	1
0184	Magliaia	2
0185	Marinaio	3
0186	Marmista	3
0187	Massaggiatore e fisioterapista	2
0188	Materassaio	2
0189	Meccanico	3
0190	Mediatore (escluso bestiame)	1
0191	Mediatore di bestiame	2
0192	Medico (non radiologo) – Odontoiatra	1
0193	Medico radiologo	2
0194	Mobiliere	3
0195	Mototaxi	3
0196	Muratore	4
0197	Musicista	2
0198	Notaio	1

* - purché non rientrante in altra specifica attività con relativo codice di rischio.

Condizioni di assicurazione

Elenco attività - professioni

Codici	Descrizione attività	Classi di rischio
0199	Odontotecnico	2
0200	Operaio con uso di macchine ed accesso a officine, cantieri, ponteggi e impalcature (escluso settore edile)	3
0201	Operaio senza uso di macchine e con accesso a officine e cantieri	2
0202	Operatore ecologico	2
0203	Ostetrica	1
0204	Ottico	1
0205	Paramedico	2
0206	Parrucchiere, barbiere	1
0207	Pavimentatore	3
0208	Pellettiere	2
0209	Pensionato	2
0210	Perito	2
0211	Pescatore su fiumi e laghi	3
0212	Pescatore su mare	4
0213	Piastrellista	3
0214	Pittore	1
0215	Portavalori	2
0216	Portuale (dipendente, esclusi facchini)	3
0217	Postino	2
0218	Produttore assicurazioni	2
0219	Promotore finanziario	2
0220	Radiotecnico (compresa posa di antenne)	3
0221	Radiotecnico (esclusa posa di antenne)	2
0222	Rappresentante	2
0223	Restauratore con accesso a ponteggi, impalcature	4
0224	Restauratore solo a terra	2
0225	Riparatore radio, TV (compresa posa di antenne)	3
0226	Riparatore radio, TV (esclusa posa di antenne), elettrodomestici in genere, computers	2
0227	Sarto	2
0228	Scrittore	1
0229	Scultore	2
0230	Spazzacamino	3
0231	Stilista	2
0232	Studente	1
0233	Tappezziere	2
0234	Taxista	3
0235	Tipografo	2
	Titolare negozio o esercizio commerciale di:	
0236	– abiti, confezioni	1
0237	– accessori per autoveicoli	2
0238	– armeria con confezionamento di cartucce e munizioni	2
0239	– armeria senza confezionamento di cartucce e munizioni	1
0240	– articoli da regalo	1
0241	– articoli ed apparecchi fotografici e di ottica	1
0242	– articoli igienico-sanitari	2
0243	– articoli in pelle, calzature	1
0244	– articoli sportivi	1
0245	– bar, caffè, birreria	2
0246	– cartoleria, libreria	1
0247	– casalinghi	1
0248	– colori e vernici	2

Condizioni di assicurazione

Elenco attività - professioni

Codici	Descrizione attività	Classi di rischio
0249	– computers, mobili per ufficio	2
0250	– dischi, musica, strumenti musicali	1
0251	– drogheria, vini e liquori	2
0252	– elettrodomestici, radio, TV (esclusa posa di antenne)	2
0253	– ferramenta	2
0254	– fiori e piante	2
0255	– frutta e verdura	2
0256	– generi alimentari	2
0257	– giocattoli	1
0258	– macelleria (esclusa macellazione)	2
0259	– merceria, tessuti	1
0260	– mobili	2
0261	– oreficeria, orologeria, gioielleria	2
0262	– panetteria, latteria, pasticceria, gelateria: senza produzione	1
0263	– panetterie, latteria, pasticceria, gelateria: con produzione	2
0264	– pellicce, capi in pelle	1
0265	– pescheria	2
0266	– profumeria	1
0267	– ristorante, trattoria, pizzeria	2
0268	– salumeria, rosticceria	2
0269	– surgelati	2
0270	– tabaccheria	1
0271	– tintoria, lavanderia	2
0272	Titolare pompe funebri	2
0273	Tornitore	3
0274	Usciere	1
0275	Veterinario	2
0276	Vetraio anche su ponteggi e impalcature	3
0277	Vetraio solo a terra	2
0278	Vetrinista	1
0279	Vigile del fuoco	4
0280	Vigile urbano	2
0281	Vulcanizzatore	3
0282	Addetto alle imprese di pulizie	2
0284	Agente di viaggio	1
0286	Addetto al montaggio di mobili	2
0287	Badante	2
0288	Certificatore di qualità	2
0289	Bibliotecario	1
0290	Chimico di laboratorio (senza trattamento di materiali esplosivi o esplosivi)	2
0291	Chimico di laboratorio (con trattamento di materiali esplosivi o esplosivi)	4
0292	Operatore di medicina alternativa	1
0293	Programmatore / consulente informatico	2
0294	Stagista *	1
0295	Stagista	2
0296	Stagista	3
0297	Stagista	4
0298	Psicologo / Psicoterapeuta	1
0299	Addetto alla manutenzione di ascensori e scale mobili	3

*La classe di rischio corrispondente alla figura dello stagista deve essere selezionata in funzione dell'attività svolta (es. lo stage svolto nell'ambito di uno studio notarile rientra nella classe di rischio 1; se invece l'attività collegata è di Meccanico, la classe di rischio di riferimento è la 3).

La garanzia

Art. 42 | Servizi di assistenza

La gestione del servizio di assistenza di cui alle prestazioni sotto indicate è stata affidata da AXA alla Inter Partner Assistance S.A. – Rappresentanza Generale per l'Italia, Via Carlo Pesenti, 121 - 00156 ROMA - **Numero Verde 800.27.13.43** (solo per l'Italia) - Tel. 06.42.11.55.75 (per chiamate dall'estero) - Fax 06.47.43.262), di seguito denominata **AXA Assistance**.

Pertanto le prestazioni garantite da AXA saranno gestite in termini operativi per il tramite di AXA Assistance.

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

A) Oggetto delle prestazioni

Il servizio di assistenza garantisce all'Assicurato, in caso di **infortunio o malattia**, le seguenti prestazioni di assistenza, purché richiamate in polizza:

Emergenza ed Orientamento

Il servizio medico di AXA Assistance, disponibile 24 ore su 24, è a disposizione dell'Assicurato per organizzare un consulto medico telefonico in caso di infortunio o malattia e per fornire informazioni circa i seguenti argomenti di carattere medico/sanitario:

- mezzi di soccorso d'urgenza;
- consulti medici;
- centri di cura pubblici e privati attrezzati per speciali patologie e relativa disponibilità ricettiva;
- centri per cure termali;
- laboratori e centri diagnostici;
- esistenza e reperibilità di farmaci.

Il servizio non fornirà diagnosi o prescrizioni ma farà il possibile per mettere rapidamente l'Assicurato in condizione di ottenere quanto da lui richiesto.

Invio di un medico in caso di urgenza (prestazione valida solo in Italia)

Qualora in seguito al primo contatto telefonico, il servizio medico di AXA Assistance giudicasse indispensabile una visita medica domiciliare, e sempre che non fosse reperibile il medico abituale dell'Assicurato, AXA Assistance potrà provvedere gratuitamente ad inviare un suo medico convenzionato al domicilio del paziente.

Invio di un'ambulanza in caso di urgenza (prestazione valida solo in Italia)

Qualora, in seguito al primo contatto telefonico e/o visita medica domiciliare, il servizio medico di AXA Assistance giudicasse indispensabile far trasportare l'Assicurato presso il più vicino centro di pronto soccorso tramite ambulanza secondo la gravità del caso.

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.

Reperimento e consegna farmaci:

L'Assicurato potrà richiedere alla Centrale Operativa la consegna di medicinali, presenti nel prontuario farmaceutico, presso il proprio domicilio. La Centrale Operativa provvederà, rispettando le norme che regolano l'acquisto ed il trasporto dei medicinali, ad inviare un suo corrispondente che possa ritirare presso il domicilio dell'Assicurato il denaro, la prescrizione e l'eventuale delega necessari all'acquisto, provvedendo poi alla consegna dei medicinali richiesti entro le ventiquattro ore successive.

Condizioni di assicurazione

Norme che regolano l'assicurazione – sezione assistenza –



dall'estero: +39.06.42.11.55.05

La prestazione viene erogata a seguito di infortunio o malattia, anche in assenza di ricovero.

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

Trasporto post ricovero verso strutture sanitarie di riabilitazione (prestazione valida solo in Italia):

Qualora l'Assicurato necessiti, a seguito di infortunio, di un servizio di accompagnamento dal domicilio a strutture sanitarie (e ritorno) per effettuare: sedute di riabilitazione, nel caso in cui i familiari siano impossibilitati ad accompagnarlo e l'Assicurato non sia in grado di guidare un mezzo o di utilizzare trasporti pubblici.

La prestazione viene erogata per sei trasferte a partire dal giorno successivo alla dimissione dalla struttura di ricovero.

La Centrale Operativa organizzerà il trasferimento dell'Assicurato tramite taxi o auto con conducente con costi a carico di AXA Assistance **per un massimo di sei trasferte e che comunque non superino i 30 chilometri complessivi per tratta.**

AXA Assistance terrà a proprio carico esclusivamente il costo del personale incaricato entro il limite di € 150,00 per sinistro. a seguito di ricovero ospedaliero, durante il periodo di degenza e nei trenta giorni successivi alla dimissione, con un preavviso minimo di quarantotto ore.

La richiesta della prestazione deve essere accompagnata **da certificazione scritta da parte del medico della struttura ospedaliera che ha seguito l'Assicurato durante il ricovero** o che ne ha firmato la dimissione. Tale certificazione deve esplicitamente attestare **l'inabilità temporanea dell'Assicurato** o comunque l'impossibilità di svolgere specifiche attività.

Invio medicinali urgenti:

Qualora l'Assicurato necessiti, a seguito di infortunio o malattia, di medicinali regolarmente registrati in Italia, ma non reperibili sul luogo né sostituibili con medicinali locali ritenuti equivalenti dal servizio medico della Centrale Operativa, la stessa provvederà al loro invio con il mezzo più rapido nel rispetto delle norme e delle tempistiche che regolano il trasporto dei medicinali.

Tale prestazione è assoggettata alle vigenti norme italiane e del paese in cui si trova l'Assicurato.

La Centrale Operativa invierà un suo corrispondente per il ritiro dei medicinali da inviare, provvedendo poi alla spedizione nel minor tempo possibile.

La prestazione è fornita con un preavviso di 3 (tre) giorni.

Axa Assistance terrà a proprio carico il costo della spedizione, mentre il costo dei medicinali resta a carico dell'Assicurato.

Trasferimento/Rimpatrio sanitario:

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

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

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

- aereo sanitario (entro il limite di euro 30.000,00 per sinistro);
- aereo di linea, classe economica, eventualmente barellato;
- treno prima classe e, ove necessario, vagone letto;
- autoambulanza, senza limiti di chilometraggio;
- altro mezzo di trasporto.

Condizioni di assicurazione

Norme che regolano l'assicurazione – sezione assistenza –



dall'estero: +39.06.42.11.55.05

Sono escluse dalla prestazione:

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

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

Rientro anticipato:

Qualora l'Assicurato abbia necessità di rientrare al proprio domicilio in Italia prima della data programmata, a causa di ricovero superiore a 48 (quarantotto) ore o decesso di un familiare (coniuge/convivente more uxorio, figlio/a, fratello, sorella, genitore, suocero/a, genero, nuora), la Centrale Operativa fornirà un biglietto di viaggio di sola andata (ferroviario di prima classe o aereo classe economica o altro mezzo a proprio insindacabile giudizio) entro il limite di euro 800,⁰⁰ per sinistro.

L'Assicurato dovrà fornire entro 15 (quindici) giorni dal sinistro il certificato attestante l'infortunio, la malattia improvvisa o il decesso del familiare così come il biglietto di viaggio non utilizzato.

Viaggio di un familiare in caso di ricovero:

Qualora l'Assicurato, in viaggio da solo o con minore, venga ricoverato per un periodo superiore a 7 (sette) giorni, la Centrale Operativa fornirà un biglietto di sola andata (ferroviario di prima classe o aereo classe economica o altro mezzo a proprio insindacabile giudizio) per permettere ad un familiare residente nel paese di origine di raggiungere l'Assicurato ricoverato.

Sono escluse dalla prestazione le spese di soggiorno del familiare.

Rimpatrio salma:

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

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

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

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

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

Sono escluse dalla prestazione le spese relative a:

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

B) Esclusioni

Le prestazioni non sono dovute per eventi provocati o dipendenti da:

1. atti di guerra, servizio militare, insurrezioni, tumulti popolari, scioperi, sommosse, atti di terrorismo, sabotaggio, occupazioni militari, invasioni (dopo il 10° giorno dall'inizio delle ostilità qualora l'Assicurato risulti sorpreso mentre si trovava in un paese in pace alla sua partenza);
2. eruzioni vulcaniche, terremoti, trombe d'aria, uragani, alluvioni, inondazioni, maremoti, fenomeni atmosferici aventi caratteristiche di calamità naturale;
3. sviluppo comunque insorto, controllato o meno, di energia nucleare o di radioattività;
4. dolo o colpa grave dell'Assicurato, compreso il suicidio o tentato suicidio;
5. abuso di alcolici, psicofarmaci nonché uso non terapeutico di stupefacenti ed allucinogeni;
6. infortuni derivanti da atti di pura temerarietà dell'Assicurato;
7. gare automobilistiche, motociclistiche o motonautiche e relative prove ed allenamenti, alpinismo con scalata di rocce o accesso ai ghiacciai, salti dal trampolino con sci o idrosci, uso di guidoslitta o pratica di sport aerei in genere, pratica di pugilato, lotta, rugby, football americano, immersioni, atletica pesante, hockey su ghiaccio;
8. ogni evento derivante da situazioni patologiche pregresse già note all'Assicurato;
9. eventi il cui accadimento sia fuori dal periodo di copertura;
10. viaggi intrapresi dall'Assicurato nonostante il parere negativo di un medico curante o per sottoporsi a cure mediche o trattamenti medico-chirurgici.

AXA Assistance non riconosce, e quindi non rimborsa, spese per interventi non autorizzati preventivamente dalla Centrale Operativa, salvo i casi verificatisi a causa di forza maggiore e ritenuti tali ad insindacabile giudizio di AXA Assistance.

AXA Assistance non si assume responsabilità per eventuali restrizioni o condizioni particolari stabilite dai fornitori, nonché per eventuali danni da questi provocati.

Le prestazioni non sono altresì fornite in quei paesi che si trovassero in stato di belligeranza dichiarata o di fatto e nei territori ove sia operativo un divieto o una limitazione (anche temporanea) emessa da un'Autorità pubblica competente.

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.

C) Operatività della garanzia

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

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

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

- Limitazione Del servizio di assistenza – Estensione Territoriale

Le prestazioni di assistenza vengono erogate in Italia ed all'estero, salvo quanto diversamente indicato.

Le prestazioni di Assistenza vengono erogate a seguito di infortunio o malattia.

- Come attivare le prestazioni di Assistenza Persona

I servizi di Emergenza in Italia ed all'estero, Orientamento devono essere richiesti telefonicamente direttamente ad Inter Partner Assistance S.A. – Rappresentanza Generale per l'Italia, Via Carlo Pesenti, 121 - 00156 ROMA.

Per chiamate dall'Italia – Numero Verde 800.27.13.43

Per chiamate dall'estero – Numero non gratuito +39.06.42.11.55.75

La Centrale opererà 24h su 24h.

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

Condizioni di assicurazione

Norme che regolano l'assicurazione – sezione assistenza –



dall'estero: +39.06.42.11.55.05

- numero di polizza;
- cognome e nome dell'Assicurato, suo indirizzo o recapito temporaneo (indirizzo, numero di telefono e eventuale fax);
- 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 due anni a decorrere dalla data in cui si verifica l'evento.

D) 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 in forma scritta.

E) Rinvio alle norme di assicurazione

Per quanto non qui diversamente regolato valgono, in quanto compatibili, le “Norme che regolano l'assicurazione in generale”.

Condizioni di assicurazione

Norme che regolano l'assicurazione in generale

Art. 43 | Estensione territoriale

L'assicurazione vale per il mondo intero

Art. 44 | Eventi naturali catastrofici

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

Art. 45 | 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.

L'estensione non comprende 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. 46 | Diritto di surrogazione

AXA rinuncia al diritto di surrogazione di cui all'art. 1916 C.C. verso i terzi responsabili dell'infortunio o della malattia.

Art. 47 | Modifiche dell'assicurazione

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

Art. 48 | 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. 49 | Aggravamento del rischio (Vedasi anche art.41 "Attività diversa da quella dichiarata")

Il Contraente o l'Assicurato deve dare comunicazione scritta ad AXA di ogni aggravamento del rischio.

Gli aggravamenti di rischio non noti o non accettati da AXA possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione ai sensi dell'art. 1898 c.c.

Art. 50 | Diminuzione del rischio

Nel caso di diminuzione del rischio AXA è tenuta a ridurre il premio o le rate di premio successive alla comunicazione del Contraente o dell'Assicurato, ai sensi dell'art. 1897 c.c. e rinuncia al relativo diritto di recesso.

Art. 51 | Altre assicurazioni

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

Tuttavia il Contraente è esonerato dall'obbligo di denunciare eventuali assicurazioni infortuni stipulate da altri a favore degli stessi Assicurati abbinate a biglietti di viaggio, conti correnti, carte di credito.

Fermo quanto sopra indicato, qualora le somme assicurate con altre polizze superino complessivamente il 50% di quelle garantite con la presente assicurazione, AXA entro 60 giorni dalla comunicazione, ha facoltà di recedere dall'assicurazione con preavviso di almeno 60 giorni.

Condizioni di assicurazione

Norme che regolano l'assicurazione in generale

Art. 52 | Persone non assicurabili

Non sono assicurabili le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza, sindrome da immunodeficienza acquisita (A.I.D.S.), sieropositività da H.I.V., epilessia nonché dalle seguenti infermità mentali: schizofrenia, forme maniaco depressive o stati paranoici, sindromi bipolari ed Alzheimer.

Qualora una o più delle malattie o delle affezioni sopra elencate insorgano nel corso del contratto si applicheranno le disposizioni dell'art. 1898 del Codice Civile, indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute dell'Assicurato.

Art. 53 | Limiti di età

Le Parti possono recedere con preavviso di **30 giorni** ad ogni scadenza annuale successiva al compimento del:

- **65°** anno di età dell'Assicurato relativamente alle garanzie: Invalidità permanente da malattia, Invalidità permanente grave da malattia, Rendita vitalizia da malattia e Rimborso spese mediche di alta specializzazione e Capitale da convalescenza;
- **75°** anno di età dell'assicurato relativamente alle garanzie: Diaria da ricovero Classic e Premium, Diaria da convalescenza post ricovero Argento, oro e Platino;
- **80°** anno di età dell'assicurato relativamente alle garanzie infortuni.
- In caso di recesso esercitato da Axa, la Società si impegna, esclusivamente per le garanzie ancora assicurabili, alla prosecuzione del contratto, per la durata residua ed alle condizioni in vigore al momento della disdetta.

Art. 54 | Recesso in caso di sinistro

Dopo ogni sinistro denunciato a termini di polizza e fino al 60° giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo, le Parti, mediante lettera raccomandata, possono recedere dall'assicurazione con preavviso di 30 giorni.

In caso di recesso esercitato da AXA, quest'ultima, entro 15 giorni dalla data di efficacia del recesso, rimborsa la parte di premio, al netto dell'imposta, relativa al periodo di rischio non corso.

Qualora siano operative garanzie appartenenti alla sezione malattia, le Parti potranno avvalersi della facoltà di recesso esclusivamente per i sinistri relativi alle garanzie della sezione infortuni. In tal caso, Axa si impegna, mediante la stipula di una nuova polizza, alla prosecuzione del contratto, esclusivamente per le garanzie malattia, per la durata residua ed alle condizioni in vigore al momento del recesso.

Art. 55 | Pagamento del premio e decorrenza della garanzia

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

Relativamente alle garanzie appartenenti alla sezione malattia si applicherà quanto disposto all'Art. 32 "Decorrenza della garanzia – Termini di carenza".

Se il Contraente non paga i premi o le rate di premio successivi, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del 30° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze, ai sensi dell'art. 1901 c.c.

Art. 56 | Oneri fiscali

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

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

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

Condizioni di assicurazione

Articoli di legge

Art. 57 | Proroga e periodo di assicurazione

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

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

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

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

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

Art. 58 | Foro competente

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

Art. 59 | 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. 60 | Rinvio alle norme di legge

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

Condizioni particolari comuni a tutte le sezioni

(operanti solo se richiamate in polizza)

D1 - Indicizzazione - adeguamento automatico

Le somme assicurate ed il relativo premio sono assoggettati ad “adeguamento automatico” in base all'indice di statistica pubblicato dall'ISTAT di Roma secondo le modalità di seguito riportate:

- a) si stabilisce di adottare l'indice nazionale 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 dell'indice iniziale o di quello dell'ultimo adeguamento (indice base), le somme assicurate ed il premio saranno variati in proporzione al rapporto tra indice di scadenza e indice base;
- d) le variazioni decorreranno dalla scadenza della rata annua, dietro il rilascio al Contraente di apposita quietanza aggiornata in base al nuovo indice di riferimento (indice di scadenza).

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

E' facoltà delle parti di rinunciare per il futuro all'applicazione del presente articolo mediante lettera raccomandata da inviarsi all'altra Parte almeno 60 giorni prima della scadenza annuale del premio. In tal caso le somme assicurate ed il premio rimarranno quelli dell'ultimo aggiornamento effettuato, fermo quanto disposto dall'art. 33 “Aggiornamento automatico del premio in base all'età dell'Assicurato”.

Le garanzie Rendita vitalizia da infortunio, Rendita vitalizia da malattia e Assistenza non sono soggette ad indicizzazione.

D2 - Deroga al tacito rinnovo

La polizza cesserà alla sua naturale scadenza senza necessità di disdetta.

Condizioni di assicurazione

Articoli di legge

60 c.c. Altri casi di dichiarazione di morte presunta

Oltre che nel caso indicato nell'articolo 58, può essere dichiarata la morte presunta nei casi seguenti: 1) quando alcuno è scomparso in operazioni belliche alle quali ha preso parte, sia nei corpi armati, sia al seguito di essi, o alle quali si è comunque trovato presente, senza che si abbiano più notizie di lui, e sono trascorsi due anni dall'entrata in vigore del trattato di pace o, in mancanza di questo, tre anni dalla fine dell'anno in cui sono cessate le ostilità; 2) quando alcuno è stato fatto prigioniero dal nemico, o da questo internato o comunque trasportato in paese straniero, e sono trascorsi due anni dall'entrata in vigore del trattato di pace o, in mancanza di questo, tre anni dalla fine dell'anno in cui sono cessate le ostilità, senza che si siano avute notizie di lui dopo l'entrata in vigore del trattato di pace ovvero dopo la cessazione delle ostilità; 3) quando alcuno è scomparso per un infortunio (1) e non si hanno più notizie di lui, dopo due anni dal giorno dell'infortunio o, se il giorno non è conosciuto, dopo due anni dalla fine del mese, o se neppure il mese è conosciuto, dalla fine dell'anno in cui l'infortunio è avvenuto [61 ss.].

62 c.c. Condizioni e forme della dichiarazione di morte presunta:

La dichiarazione di morte presunta nei casi indicati dall'articolo 60 può essere domandata quando non si è potuto procedere agli accertamenti richiesti dalla legge per la compilazione dell'atto di morte. Questa dichiarazione è pronunciata con sentenza del tribunale su istanza del pubblico ministero o di alcuna delle persone indicate nei capoversi dell'articolo 50. Il tribunale, qualora non ritenga di accogliere l'istanza di dichiarazione di morte presunta, può dichiarare l'assenza dello scomparso.

1469 bis c.c. Contratti del consumatore

Le disposizioni del presente titolo si applicano ai contratti del consumatore, ove non derogate dal codice del consumo o da altre disposizioni più favorevoli per il consumatore.

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.

1898 c.c. Aggravamento del rischio

Il contraente ha l'obbligo di dare immediato avviso all'assicuratore dei mutamenti che aggravano il rischio in modo tale che, se il nuovo stato di cose fosse esistito e fosse stato conosciuto dall'assicuratore al momento della conclusione del contratto, l'assicuratore non avrebbe consentito l'assicurazione o l'avrebbe consentita per un premio più elevato. L'assicuratore può recedere dal contratto, dandone comunicazione per iscritto all'assicurato entro un mese dal giorno in cui ha ricevuto l'avviso o ha avuto in altro modo conoscenza dell'aggravamento del rischio. Il recesso dell'assicuratore ha effetto immediato se l'aggravamento è tale che l'assicuratore non avrebbe consentito l'assicurazione; ha effetto dopo quindici giorni, se l'aggravamento del rischio è tale che per l'assicurazione sarebbe stato richiesto un premio maggiore. Spettano all'assicuratore i premi relativi al periodo di assicurazione in corso al momento in cui è comunicata la dichiarazione di recesso.

Se il sinistro si verifica prima che siano trascorsi i termini per la comunicazione e per l'efficacia del recesso, l'assi

Condizioni di assicurazione

Articoli di legge

curatore non risponde qualora l'aggravamento del rischio sia tale che egli non avrebbe consentito la assicurazione se il nuovo stato di cose fosse esistito al momento del contratto; altrimenti, la somma dovuta è ridotta, tenuto conto del rapporto tra il premio stabilito nel contratto e quello che sarebbe stato fissato se il maggiore rischio fosse esistito al tempo del contratto stesso.

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 rimosse non superino l'ammontare del danno.

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

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. (...)

1915 c.c. Inadempimento dell'obbligo di avviso o di salvataggio

L'assicurato che dolosamente non adempie l'obbligo dell'avviso o del salvataggio perde il diritto all'indennità. Se l'assicurato omette colposamente di adempiere tale obbligo, l'assicuratore ha diritto di ridurre l'indennità in ragione del pregiudizio sofferto.

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.

2497bis c.c. Pubblicità

La società deve indicare la società o l'ente alla cui attività di direzione e coordinamento è soggetta negli atti e nella corrispondenza, nonché mediante iscrizione, a cura degli amministratori, presso la sezione del registro delle imprese di cui al comma successivo. È istituita presso il registro delle imprese apposita sezione nella quale sono indicate le società o gli enti che esercitano attività di direzione e coordinamento e quelle che vi sono soggette. Gli amministratori che omettono l'indicazione di cui al comma primo ovvero l'iscrizione di cui al comma secondo, o le mantengono quando la soggezione è cessata, sono responsabili dei danni che la mancata conoscenza di tali fatti abbia recato ai soci o ai terzi.

La società deve esporre, in apposita sezione della nota integrativa, un prospetto riepilogativo dei dati essenziali dell'ultimo bilancio della società o dell'ente che esercita su di essa l'attività di direzione e coordinamento. Parimenti, gli amministratori devono indicare nella relazione sulla gestione i rapporti intercorsi con chi esercita l'attività di direzione e coordinamento e con le altre società che vi sono soggette, nonché l'effetto che tale attività ha avuto sull'esercizio dell'impresa sociale e sui suoi risultati.

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 sulla privacy - Modello 9045

INFORMATIVA GENERALE SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

AXA Assicurazioni rispetta le persone con le quali entra in contatto e tratta con cura i dati personali che utilizza per lo svolgimento delle proprie attività. A conferma di questo impegno e per dare esecuzione alle norme che tutelano il trattamento dei dati personali forniamo qui di seguito le informazioni essenziali che permettono di esercitare in modo agevole e consapevole i diritti previsti dalla vigente normativa.

A) Trattamento dei suoi dati personali per finalità assicurative¹

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

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

- quotazione, preventivi, predisposizione, stipulazione di polizze assicurative ed esecuzione degli obblighi dalle stesse derivanti; raccolta dei premi; liquidazione dei sinistri, pagamento o esecuzione di altre prestazioni;
- riassicurazione e coassicurazione;
- prevenzione e individuazione delle frodi assicurative e relative azioni legali; esercizio o difesa di diritti dell'assicurazione;
- adempimento di altri specifici obblighi di legge o contrattuali;
- analisi di nuovi mercati assicurativi o prodotti o servizi;
- gestione e controllo interno;
- attività statistiche, anche a fini di tariffazione;
- valutazione inerente eventuali finanziamenti per il pagamento del premio;
- attività antifrode con screening delle informazioni pubbliche, tra cui quelle raccolte tramite siti web e social media;
- utilizzo dei dati in forma anonima per attività di analisi e statistiche di mercato;
- utilizzo dei dati rilevati mediante l'eventuale l'utilizzo di strumenti che rilevano la dinamica di guida (cd "Black Box") per la gestione del rapporto contrattuale e definire le politiche tariffarie della Compagnia;
- servizi di monitoraggio dei parametri delle condizioni generali del cliente rispetto al suo benessere fisico, ad eventi inerenti l'abitazione o comunque inerenti alla gestione di servizi assicurativi;
- valutazione delle condizioni che permettono di definire la prosecuzione di un rapporto assicurativo in essere ed il rinnovo di una polizza in scadenza.

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

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

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

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

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

Informativa sulla privacy - Modello 9045

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

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

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

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

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

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

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

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

⁵ I dati possono essere comunicati a taluni dei seguenti soggetti: società del Gruppo a cui appartiene AXA (controllanti, controllate e collegate, anche indirettamente, ai sensi delle vigenti disposizioni di legge); società specializzate per informazione e promozione commerciale, per ricerche di mercato e per indagini sulla qualità dei servizi e sulla soddisfazione dei clienti; assicuratori, coassicuratori; agenti, subagenti, mediatori di assicurazione e di riassicurazione, produttori ed altri canali di acquisizione e gestione di contratti di assicurazione; banche, Società di Gestione del Risparmio, SIM

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

⁷ Cfr. nota 2

Informativa sulla privacy - Modello 9045

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 di Suo interesse;
- inviarLe comunicazioni promozionali e farla partecipare ad iniziative di marketing (quali ad esempio Programmi fedeltà, Concorsi o operazioni a Premio, Campagne Promozionali) mediante i canali di comunicazione accessibili tramite i dati di recapito a lei riferiti (quali posta, posta elettronica, telefono, fax, sms, mms, social media);
- comunicarLe novità e opportunità relative a prodotti e/o servizi sia di società appartenenti al Gruppo AXA sia di società esterne partner di AXA o che collaborano con essa;
- tenere conto dei dati generati nel caso lei utilizzi strumenti che permettano la rilevazione della sua posizione nel territorio.

In particolare potremo provvedere alle seguenti attività:

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

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

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

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

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

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

Modalità d'uso dei suoi dati personali

I Suoi dati personali sono trattati da AXA⁸ - titolare del trattamento - solo con modalità, strettamente necessarie per fornirLe le prestazioni, i servizi e/o prodotti assicurativi richiesti o previsti in Suo favore, ovvero, qualora vi abbia acconsentito, per ricerche di mercato, indagini statistiche, attività promozionali; sono utilizzate le medesime

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.

Informativa sulla privacy - Modello 9045

modalità e procedure anche quando i dati vengono comunicati per gli stessi fini ai soggetti già indicati nella presente informativa, i quali a loro volta sono impegnati a trattarli usando solo modalità e procedure strettamente necessarie per le specifiche finalità indicate nella presente informativa.

Destinatari (a chi e dove sono comunicati i dati)

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

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

- assicuratori, coassicuratori e riassicuratori; agenti, subagenti, mediatori di assicurazione e di riassicurazione, produttori ed altri canali di acquisizione e gestione di contratti di assicurazione; banche, Società di Gestione del Risparmio, SIM; legali; periti; medici; autofficine; centri di demolizione di autoveicoli;
- società di servizi per il quietanzamento; società di servizi a cui siano affidati la gestione, la liquidazione ed il pagamento dei sinistri, tra cui centrale operativa di assistenza, società di consulenza, cliniche convenzionate; società di servizi informatici e telematici o di archiviazione; società di servizi postali (per trasmissione, imbustamento, trasporto e smistamento delle comunicazioni alla clientela); società di revisione e di consulenza; società che gestiscono sistemi di informazioni creditizie ai sensi del Codice deontologico di cui all'allegato A.5 del Codice privacy; società di informazione commerciale per rischi finanziari ai sensi del Codice deontologico di cui all'allegato A.7 del Codice privacy; società di servizi per il controllo delle frodi ed il monitoraggio delle attività di distribuzione; società di recupero crediti; società che possono verificare l'accessibilità a finanziamenti per il pagamento dei premi. Si precisa che il titolare fornirà alle società che gestiscono sistemi di informazione creditizie e sistemi di informazione commerciale per rischi commerciali esclusivamente i dati personali necessari per la consultazione dei dati di tali sistemi;
- società del Gruppo a cui appartiene la nostra Società (controllanti, controllate o collegate, anche indirettamente, ai sensi delle vigenti disposizioni di legge);
- ANIA (Associazione Nazionale fra le Imprese Assicuratrici); organismi associativi e consortili propri del settore assicurativo: Concordato Cauzione Credito 1994, Pool Italiano per l'Assicurazione dei Rischi Atomici, Pool per l'Assicurazione R.C. Inquinamento, Consorzio per la Convenzione Indennizzo Diretto (CID), Ufficio Centrale Italiano (UCI S.c.ar.l.), Comitato delle Compagnie di Assicurazioni Marittime in Genova, Comitato delle Compagnie di Assicurazione Marittime in Roma, Comitato delle Compagnie di Assicurazioni Marittime in Trieste, ANADI (Accordo Imbarcazioni e Navi da Diporto), SIC (Sindacato Italiano Corpi), Consorzio Italiano per l'Assicurazione Vita dei Rischi Tarati (CIRT), Pool Italiano per la Previdenza Assicurativa degli Handicappati; CONSAP (Concessionaria Servizi Assicurativi Pubblici); ISVAP (Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni Private e di Interesse Collettivo) oggi IVASS (Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni); nonché altri soggetti, quali: UIC (Ufficio Italiano dei Cambi); Casellario Centrale Infortuni; Ministero delle infrastrutture - Motorizzazione civile e dei trasporti in concessione; CONSOB (Commissione Nazionale per le Società e la Borsa); COVIP (Commissione di vigilanza sui fondi pensione); Ministero del lavoro e della previdenza sociale; Enti gestori di assicurazioni sociali obbligatorie, quali INPS, INPDAI, INPGI, ecc.; Ministero dell'economia e delle finanze - Anagrafe tributaria; Consorzi agricoli di difesa dalla grandine e da altri eventi naturali; Magistratura; Forze dell'ordine (P.S.; C.C.; G.d.F.; VV.FF; VV.UU); altri soggetti o banche dati nei confronti dei quali la comunicazione dei dati è obbligatoria.

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

Informativa sulla privacy - Modello 9045

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

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

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

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

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

Per l’esercizio dei Suoi diritti, Lei può rivolgersi ad AXA Assicurazioni S.p.A. - Corso Como 17 – c.a. Data Protection Officer – 20154 Milano (MI) - e-mail: privacy@axa.it.

Per maggiori informazioni, si invita a visitare la sezione privacy del sito web www.axa.it

INFORMATIVA PRIVACY SULL’USO DEI DATI BIOMETRICI CONNESSI ALLA FIRMA GRAFOMETRICA

La informiamo, inoltre, circa le modalità di trattamento dei Suoi dati biometrici (nel seguito anche “Dati”) connessi all’utilizzo del servizio di “Firma Grafometrica” a cui potrà liberamente aderire.

Tale informativa integra l’informativa generale sul trattamento dei dati personali sopra riportata.

I Dati da Lei gentilmente forniti saranno trattati da AXA Assicurazioni S.p.A. (nel seguito “AXA”) mediante registrazione elettronica e verranno utilizzati secondo le finalità e con le modalità indicate nel documento che le spiega le caratteristiche del servizio (disponibile anche online nel sito di AXA) e, in particolare, per:

- garantire o aumentare la sicurezza nei processi di sottoscrizione di documenti;
- contribuire, attraverso le garanzie di autenticità, non ripudio e integrità dei documenti sottoscritti elettronicamente, a conferire maggiore certezza nei rapporti giuridici con Lei intercorrenti e ridurre il rischio di sostituzioni di persona e di frodi;
- ottemperare agli obblighi previsti dalla legge, dai regolamenti e/o dalla normativa comunitaria ed internazionale.

Il conferimento dei dati biometrici per le suddette finalità è facoltativo e un eventuale rifiuto al rilascio dei Dati o del consenso da parte Sua non comporta pregiudizio alcuno. L’unica conseguenza sarà l’impossibilità per AXA di erogare il servizio richiesto e di consentire l’utilizzo del sistema di firma grafometrica. Nei casi di mancanza di consenso al

Informativa sulla privacy - Modello 9045

trattamento dei Dati, è stata prevista come misura alternativa la sottoscrizione dei documenti con firma tradizionale autografa su supporto cartaceo. La successiva revoca del consenso al trattamento dei Dati necessari per l'utilizzo del sistema di firma grafometrica determinerà la disattivazione del servizio stesso.

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

I Dati saranno trattati mediante strumenti informatici e telematici con logiche strettamente connesse alle finalità sopra indicate e comunque nel rispetto delle disposizioni di legge⁹.

I Dati, in forma sempre criptata, saranno conservati presso AXA e/o presso le società appositamente nominate Responsabili esterne del trattamento dei dati nell'ambito delle attività di archiviazione e conservazione a norma dei documenti firmati elettronicamente.

I Dati raccolti saranno trattati altresì da:

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

In ogni caso il trattamento dei Dati che La riguardano avverrà con logiche strettamente correlate alle finalità suddette e sarà improntato ai principi di correttezza, liceità, trasparenza e avverrà con modalità idonee a garantirne la sicurezza e la riservatezza. I Dati, infatti, saranno trattati con sistema di cifratura e saranno inaccessibili al personale e agli addetti alla manutenzione, essendo previsto un particolare procedimento per decifrarli.

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

Per l'esercizio dei Suoi diritti, Lei può rivolgersi ad AXA Assicurazioni S.p.A. - Corso Como 17 - c.a. Data Protection Officer - 20154 Milano (MI) - e-mail: privacy@axa.it.

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

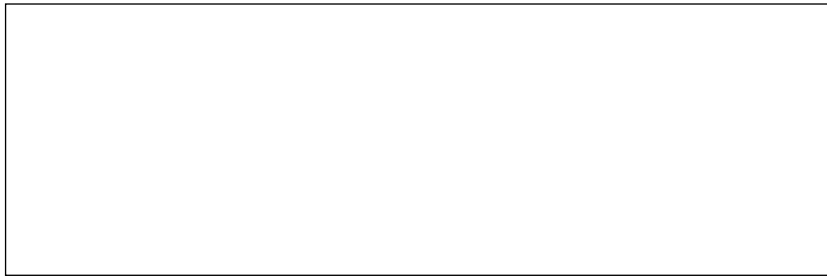
In conformità alla vigente normativa assicurativa, abbiamo necessità di raccogliere il suo consenso ad inviarle, in formato elettronico ed al contatto di recapito indicato in anagrafica, la documentazione e le comunicazioni, precontrattuali e contrattuali, previste dalla normativa e funzionali alla gestione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

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

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

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

PAGINA BIANCA



axa.it

Il presente fascicolo è aggiornato alla data del 1 gennaio 2019.

AXA Assicurazioni S.p.A. - Sede Legale e Direzione Generale: Corso Como 17, 20154 Milano - Italia
Tel. (+39) 02 480841 - Fax (+39) 02 48084331 - PEC: axaassicurazioni@axa.legalmail.it

Capitale Sociale € 211.168.625 interamente versato - Ufficio del Registro delle Imprese di Milano C. F. n. 00902170018 - P. I.V.A. GRUPPO IVA AXA ITALIA n. 10534960967 -
Numero R.E.A. della C.C.I.A.A. di Milano n. 1576311 - Direzione e coordinamento di AXA MEDITERRANEAN HOLDING SAU ai sensi dell'art. 2497 bis C.C. - Iscrizione Albo Imprese IVASS n. 1.00025 -
Capogruppo del gruppo assicurativo AXA ITALIA iscritto all'Albo Gruppi IVASS con il n. 041 - Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con Decreto del Ministero dell'Industria,
del commercio e dell'artigianato del 31 dicembre 1935 - (Gazzetta Ufficiale del 9 aprile 1936 n. 83)



CONTRATTO DI ASSICURAZIONE TRASFERTE DI LAVORO

201901_01



Inter Partner Assistance S.A.
Compagnia di Assicurazioni e Riassicurazioni
Rappresentanza Generale per l'Italia - Via Carlo Pesenti 121 - 00156 Roma - Tel.06/42118.1
Sede legale Bruxelles - Avenue Louise 166 - Capitale sociale € 31.702.613 interamente versato - 100% AXA Partners Holding S.A.
N. Iscrizione all'Albo Imprese di Assicurazioni e Riassicurazioni I.00014 - Autorizzazione Ministeriale n. 19662 del 19.10.1993
Registro delle Imprese di Roma RM - Numero REA 792129 - Part. I.V.A. 04673941003 - Cod. Fisc. 03420940151



<u>Abitazione:</u>	L'abitazione ove l'Assicurato abbia residenza anagrafica, ovvero dimori abitualmente per la maggior parte dell'anno, purché posta in territorio italiano. Esclusivamente per la sezione "Tutela Legale": Unità immobiliare occupata dall'Assicurato nel corso del viaggio di lavoro.
<u>A.I.R.E.</u>	Anagrafe degli Italiani Residenti all'Estero.
<u>Assicurato:</u>	Il soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione ovvero la persona fisica residente in Italia, in uno dei Paesi aderenti all'Unione Europea o l'iscritto all'A.I.R.E. che intrattienga con il Contraente un rapporto di lavoro subordinato, parasubordinato, consulenza, collaborazione, stage, compresi Amministratori, in Viaggio di lavoro per lo stesso.
<u>Assistenza:</u>	l'aiuto tempestivo, in denaro o in natura, fornito all'Assicurato che si trovi in difficoltà a seguito del verificarsi di un sinistro, tramite la Centrale Operativa della Inter Partner Assistance S.A. – Rappresentanza Generale per l'Italia.
<u>Assistenza Stragiudiziale:</u>	attività svolta dall'avvocato prima dell'inizio dell'azione giudiziaria.
<u>Bagaglio:</u>	i capi d'abbigliamento, gli articoli sportivi e gli articoli per l'igiene personale, il materiale fotocineottico, i computer, le agende elettroniche, i tablet, i telefoni portatili/smartphone la valigia, la borsa, lo zaino che li possono contenere e che l'Assicurato porta con sé o indossa in viaggio.
<u>Beneficiario:</u>	gli eredi dell'Assicurato o le altre persone da questi designate, ai quali la Società deve corrispondere la somma assicurata per il caso morte.
<u>Centrale Operativa:</u>	la struttura organizzativa di Inter Partner Assistance S.A. – Rappresentanza Generale per l'Italia – Via Carlo Pesenti, n. 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 la Società provvede a garantire il contatto telefonico con l'Assicurato, organizzare gli interventi sul posto ed erogare, con costi a carico della Società, le prestazioni di assistenza previste in Polizza.
<u>Contraente:</u>	la persona giuridica, con sede legale in Italia, che sottoscrive la Polizza di Assicurazione, a favore di terzi e ne assume i relativi oneri. Per le prestazioni di Tutela Legale si intende il Soggetto che stipula l'assicurazione e beneficiario dell'indennizzo contrattualmente previsto, salvo diversa pattuizione fra le Parti.
<u>Contravvenzione:</u>	reato per il quale il reo risponde delle proprie azioni od omissioni coscienti e volontarie, sia che il suo comportamento risulti colposo o doloso. La contravvenzione viene punita con l'arresto o con il pagamento di un'ammenda. Ai fini assicurativi è comunque escluso il rimborso di spese per contravvenzioni nelle quali sia ravvisabile il dolo dell'assicurato.
<u>Contributo Unificato:</u>	la tassazione sulle spese degli atti giudiziari come previsto dalla L. 23 dicembre 1999, n. 488 art. 9 - D.L. 11.03.2002 n. 28, convertito in L. n° 91 del 10/05/2002.
<u>Controversia:</u>	S'intende il primo atto scritto dal quale deriva in capo all'Assicurato la necessità di assistenza legale.
<u>Controversia Contrattuale:</u>	controversia derivante da inadempimenti o violazioni di obbligazioni assunte dalle Parti tramite contratti, patti o accordi.
<u>Decorrenza e scadenza:</u>	Fermo quanto previsto dalle singole sezioni, per decorrenza si intende la data di inizio del viaggio e per scadenza la data di termine del viaggio stesso comunque non oltre la scadenza della polizza. La garanzia cessa comunque nel momento in cui viene meno il rapporto di dipendenza o di consulenza dell'Assicurato con il Contraente.
<u>Delitto Colposo:</u>	Il reato posto in essere senza volontà o intenzione e dunque solo per negligenza, imperizia, imprudenza o inosservanza di norme di legge. Deve essere espressamente previsto nella sua qualificazione colposa dalla legge penale e come tale contestato dall'autorità giudiziaria.
<u>Delitto Doloso:</u>	doloso o secondo l'intenzione, il reato posto in essere con previsione e volontà. Si considerano tali tutti i reati all'infuori di quelli espressamente previsti dalla legge come colposi.
<u>Domicilio:</u>	il luogo-dove l'Assicurato ha stabilito la sede principale dei suoi affari e interessi.
<u>Day hospital:</u>	la degenza non comportante pernottamento, ma documentata da cartella clinica, presso una struttura sanitaria autorizzata avente posti letto dedicati alla degenza.
<u>Estensione territoriale:</u>	Ad eccezione della Garanzia Tutela Legale, per la quale è valida la definizione riportata nella relativa sezione, si intendono tutti i Paesi ove si è verificato il

sinistro ed in cui le garanzie e le prestazioni vengono fornite, fatte salve le limitazioni in seguito specificate nelle singole prestazioni. Le seguenti prestazioni non vengono erogate nei Paesi esclusi: Segnalazione di un medico specialista all'estero; Invio di un medico all'estero; Interprete a disposizione all'estero; Legale a disposizione all'estero; Anticipo spese di prima necessità; anticipo cauzione penale all'estero.

Paesi esclusi:

Afghanistan, Cocos, Georgia del Sud, Heard e Mc Donald, Isola Bouvet, Isola Christmas, Isola Pitcairn, Isole Chagos, Isole Falkland, Isole Marshall, Isole Minori, Isole Salomone, Isole Wallis e Futuna, Kiribati, Micronesia, Nauru, Niue, Palau, Sahara Occidentale, Samoa, Sant'Elena, Somalia, Terre Australi Francesi, Timor occidentale, Timor Orientale, Tokelau, Tonga, Tuvalu, Vanuatu.

Familiare:

La persona legata da vincolo di parentela stabilmente convivente con l'Assicurato così come risultante dallo stato di famiglia.

Fatto illecito:

è il fatto, doloso o colposo, che ha cagionato un danno ingiusto e che obbliga chi l'ha commesso a risarcire il danno. Il fatto illecito non consiste in un adempimento né in una violazione di un obbligo contrattuale, bensì nell'inosservanza di una norma di legge o nella lesione dell'altrui diritto. Il danno conseguente al fatto illecito viene denominato danno "extracontrattuale", perché tra danneggiato e responsabile non esiste alcun rapporto contrattuale.

Fatto generatore:

Relativamente alla copertura Tutela legale s'intende il fatto storico dal quale scaturisce la controversia.

Franchigia:

il valore utilizzato per determinare l'applicazione di una garanzia, oppure, il costo del sinistro che rimane a carico dell'Assicurato/Contraente.

Frontespizio di Polizza:

il documento sottoscritto dal Contraente e dalla Società, che identifica la Società, il Contraente, nonché i dati relativi alla Polizza e ne forma parte integrante congiuntamente alle diverse formule che riportano le garanzie scelte.

Furto:

il reato previsto all'art. 624 del Codice Penale, commesso da chiunque si impossessi della cosa mobile altrui, sottraendola a chi la detiene, al fine di trarne profitto per sé o per altri.

Garanzia

La copertura assicurativa, per la quale, in caso di sinistro, la Società procede all'indennizzo del danno subito dall'Assicurato e per la quale sia stato pagato il relativo premio, salvo quanto previsto alla voce "Assistenza".

Guasto:

l'evento meccanico, elettrico o idraulico improvviso ed imprevisto che metta il veicolo in condizioni tali da non poter continuare il viaggio previsto o che lo metta in condizioni di circolazione anormale o pericolosa sul piano della sicurezza delle persone o dei veicoli.

Non sono considerati guasti gli immobilizzi derivanti da operazioni di manutenzione ordinaria/periodica, da montaggio di accessori o da interventi sulla carrozzeria, nonché le conseguenze di un malfunzionamento di tipo meccanico, elettrico o idraulico del sistema di manutenzione dei sistemi di sollevamento che possono equipaggiare il veicolo assicurato o il relativo rimorchio.

Imputazione Penale:

è la contestazione di presunta violazione di norme penali che viene notificata all'imputato mediante "informazione di garanzia". Tale comunicazione deve contenere l'indicazione della norma violata e il titolo (doloso o colposo) del reato contestato.

Indennizzo:

La somma dovuta dalla Società in caso di sinistro

Invalità permanente:

la perdita definitiva, a seguito di infortunio, in misura totale o parziale della capacità generica dell'Assicurato allo svolgimento di un qualsiasi lavoro, indipendentemente dalla sua professione.

Infortunio:

il sinistro dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili, le quali abbiano per conseguenza la morte, un'invalità permanente o un'inabilità temporanea.

Istituto di cura:

l'istituto universitario, ospedale, casa di cura, day hospital, poliambulatorio diagnostico e/o terapeutico, regolarmente autorizzati per diagnosi e cure.

Non sono convenzionalmente considerate strutture sanitarie per diagnosi e cure: gli stabilimenti termali, quelle con finalità prevalentemente dietologiche, per il benessere della persona, riabilitative, per convalescenza, lungo degenza o soggiorni, le strutture per anziani.

Italia:

il territorio della Repubblica Italiana, la Repubblica di San Marino e lo Stato della Città del Vaticano.

Malattia:

ogni riscontrabile alterazione dello stato di salute non dovuta ad infortunio.

Malattia Cronica:

la malattia che sia preesistente alla data di inizio del singolo viaggio assicurato e che abbia comportato, negli ultimi 12 mesi, indagini diagnostiche, ricoveri ospedalieri o trattamenti/terapie.

<u>Malattia improvvisa:</u>	la malattia di acuta insorgenza di cui l'Assicurato non era a conoscenza e che, comunque, non sia una manifestazione, seppure improvvisa di una patologia nota all'Assicurato e insorta precedentemente all'inizio del viaggio.
<u>Malattia preesistente:</u>	la malattia che sia l'espressione o la conseguenza diretta di situazioni patologiche croniche o preesistenti alla decorrenza del viaggio.
<u>Massimale:</u>	la somma massima, per garanzia, stabilita nella Polizza e garantita dalla Società in caso di sinistro.
<u>Pericolo di vita:</u>	quando previa valutazione da parte dei medici della Società, in contatto con i medici curanti del paziente, la situazione clinica e diagnostica possa far prevedere, con buona attendibilità, l'evento morte.
<u>Polizza:</u>	il documento che prova il contratto di assicurazione.
<u>Premio:</u>	la somma dovuta dal Contraente alla Società.
<u>Prestazione:</u>	l'assistenza da erogarsi in natura e cioè l'aiuto che deve essere fornito all'Assicurato nel momento del bisogno, da parte della Società tramite la Centrale Operativa, per la quale sia stato pagato il relativo premio.
<u>Rapina:</u>	il reato, previsto all'art. 628 del Codice Penale, commesso da chiunque si impossessi, mediante violenza o minaccia alla persona, della cosa mobile altrui, sottraendola a chi la detiene, per procurare a sé o ad altri un ingiusto profitto.
<u>Reato:</u>	violazione di norme penali. Le fattispecie di reato sono previste dal Codice Penale o da norme speciali e si dividono in delitti e contravvenzioni secondo la diversa tipologia delle pene detentive e/o pecuniarie previste per essi dalla legge. I delitti si distinguono in base all'elemento psicologico del soggetto che li ha posti in essere (vedi le voci "delitto colposo" e "delitto doloso").
<u>Residenza:</u>	il luogo dove l'Assicurato risiede, in Italia, in uno dei paesi membri dell'Unione Europea o all'estero purché iscritto all' A.I.R.E.
<u>Ricovero/degenza:</u>	la permanenza in istituti di cura, regolarmente autorizzati per l'erogazione dell'assistenza ospedaliera, che contempli almeno un pernottamento, ovvero la permanenza diurna in day hospital.
<u>Scippo:</u>	il reato, previsto agli art. 624 e 625 n. 4 del Codice Penale, commesso da chiunque si impossessi della cosa mobile altrui, sottraendola a chi la detiene con destrezza, ovvero strappando la cosa di mano o di dosso alla persona, al fine di procurare a sé o ad altri un ingiusto profitto.
<u>Scoperto:</u>	La parte dell'ammontare del danno, espressa in percentuale, che rimane obbligatoriamente a carico dell'Assicurato con un minimo ed un massimo espresso in valore assoluto.
<u>Sinistro:</u>	il verificarsi dell'evento dannoso, futuro ed incerto, per il quale è prestata l'assicurazione.
<u>Sinistro di Tutela legale:</u>	L'insorgere della controversia.
<u>Somma Assicurata:</u>	somma dovuta a titolo di indennizzo: ai beneficiari, in caso di morte, all'Assicurato in caso di Invalidità Permanente.
<u>Società:</u>	INTER PARTNER ASSISTANCE S.A. Rappresentanza Generale per l'Italia - Via Carlo Pesenti 121 - 00156 Roma, altresì detta AXA Assistance.
<u>Transazione:</u>	l'accordo con il quale le parti, facendosi reciproche concessioni, prevengono l'insorgere di una lite o pongono fine ad una già iniziata.
<u>Tutela Legale:</u>	Ramo assicurativo come previsto ai sensi del D.Lgs. 209/05 - artt. 163 - 164 - 173 - 174.
<u>Viaggio di lavoro:</u>	lo spostamento dell'Assicurato per motivi di lavoro dal comune della sua residenza o dalla sede del Contraente per l'Italia o l'estero fino al suo rientro al luogo di partenza. Per gli Iscritti all'A.I.R.E.: si intende lo spostamento per motivi di lavoro dalla sua residenza in Italia/all'estero, o dalla sede estera della Contraente, fino al suo rientro al luogo di partenza. Si considera viaggio di lavoro anche la permanenza nel luogo di residenza all'estero.

ART. 1. DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente e/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, 1894 e 1898 C.C..

ART. 2. ALTRE ASSICURAZIONI

Il Contraente deve comunicare per iscritto alla Società l'esistenza e la successiva stipulazione di altre assicurazioni sottoscritte dal Contraente per lo stesso rischio. In caso di sinistro, l'Assicurato deve darne avviso per iscritto a tutti gli assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri a norma del terzo comma dell'art.1910 C.C..

ART. 3. AGGRAVAMENTO DEL RISCHIO

Il Contraente deve dare comunicazione scritta alla Società di ogni aggravamento del rischio. Gli aggravamenti di rischio non noti o non accettati dalla Società possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'Assicurazione ai sensi dell'art. 1898 C.C..

ART. 4. DIMINUZIONE DEL RISCHIO

Nel caso di diminuzione del rischio la Società è tenuta a ridurre il premio o le rate di premio successivi alla comunicazione del Contraente, ai sensi dell'art. 1897 C.C.

ART. 5. OBBLIGHI DELL' ASSICURATO IN CASO DI SINISTRO

In caso di sinistro l'Assicurato deve prendere immediatamente contatto con la Società, salvo il caso di oggettiva e comprovata impossibilità; in tal caso l'Assicurato deve contattare la Società appena ne ha la possibilità e comunque sempre prima di prendere qualsiasi iniziativa personale.

L'inadempimento di tale obbligo comporta la decadenza dal diritto alla prestazione. Relativamente al diritto alla garanzia, si applicherà quanto disposto all'art. 1915 del Codice Civile.

ART. 6. VARIAZIONI NELLA PERSONA DEL CONTRAENTE

In caso di alienazione dell'Azienda del Contraente o di parte delle sue attività, gli effetti della polizza si trasmetteranno all'acquirente. Nel caso di fusione della Società Contraente, la polizza continuerà con la società incorporante o con quella frutto della fusione.

Nei casi di trasformazione o di cambiamento di ragione sociale del Contraente, la presente polizza continuerà con la nuova forma societaria. Le variazioni di cui sopra devono essere comunicate dal Contraente, o aventi causa, entro il termine di quindici giorni dal loro verificarsi alla Società, la quale nei trenta giorni successivi ha facoltà di recedere dal contratto. Nei casi di scioglimento della società Contraente o della sua messa in liquidazione la polizza cessa con effetto immediato ed i premi eventualmente pagati e non goduti saranno rimborsati previo conguaglio con il premio minimo garantito annuo calcolato pro-quota.

ART. 7. ONERI FISCALI

Gli oneri fiscali e tutti gli oneri stabiliti per legge relativi all' assicurazione sono a carico del Contraente.

ART. 8. RIMBORSO DELLE SOMME SPESE PER PRESTAZIONI INDEBITAMENTE RICEVUTE

La Società si riserva il diritto di chiedere all'Assicurato e/o al Contraente la restituzione delle spese sostenute in seguito all'effettuazione delle prestazioni di polizza, che si accertino non essere dovute in base a quanto previsto dal contratto o dalla legge.

ART. 9. EFFICACIA E DURATA DELLA POLIZZA

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. Se il Contraente non paga i premi o le rate successive, l'Assicurazione resta sospesa dalle ore 24.00 del trentesimo 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.

ART. 10. DIRITTO DI VERIFICA

La Società ha la facoltà di effettuare verifiche e controlli presso il Contraente, che sarà tenuto a prestare la necessaria collaborazione, al fine di accertare il puntuale adempimento delle obbligazioni previste dalla presente polizza; il Contraente è altresì tenuto a fornire i chiarimenti e le documentazioni necessarie quali a puro titolo esemplificativo e non esaustivo: il libro paga prescritto dall'art. 20 del D.P.R. 30 giugno 1965, n. 1124, il registro delle fatture o quello dei corrispettivi.

ART. 11. ASSICURAZIONE PER CONTO ALTRUI

La presente Polizza è stipulata dal Contraente nell'interesse di chi spetta, in conformità a quanto previsto dall'art. 1891 del Codice Civile. La Società e il Contraente si danno reciprocamente atto che la presente assicurazione è stipulata nell'interesse degli assicurati il cui rapporto con la Società è regolato esclusivamente dalla polizza; è, quindi, inteso che in ordine ad ogni e qualsiasi eventuale pretesa e/o richiesta che l'Assicurato dovesse avanzare in relazione alle prestazioni rese dalla Società in forza della presente assicurazione, risponderà esclusivamente la Società stessa.

ART. 12. MODIFICHE AL CONTRATTO

Le eventuali modifiche o variazioni dell'assicurazione devono essere provate per iscritto e controfirmate, per accettazione, dalle Parti.

ART. 13. DIVIETO DI CESSIONE

E' fatto espresso divieto al Contraente di cedere il presente contratto pena la risoluzione di diritto del contratto stesso, fatto salvo il risarcimento del danno e quanto previsto nel precedente Art 6.

ART. 14. FORO COMPETENTE

Il Foro competente per le controversie tra le Parti è esclusivamente Roma esclusa quindi ogni altra e diversa competenza territoriale dell'Autorità Giudiziaria.

Il foro competente per le controversie con gli Assicurati è quello del luogo di residenza dell'Assicurato.

Premesso:

- che il **Contraente** ha interesse a stipulare una polizza assicurativa multirischi a favore dei propri dipendenti e consulenti in viaggio di lavoro per conto dello stesso;
- che **"INTER PARTNER ASSISTANCE S.A. - Rappresentanza Generale per l'Italia"** (in seguito denominata Società) è disposta a prestare le garanzie assicurative oggetto del presente contratto.

ART. 15. PREMESSE ED ALLEGATI

Le premesse e gli allegati devono intendersi parte integrante del presente accordo e ne costituiscono fondamento e causa.

ART. 16. OGGETTO DELL'ACCORDO

La Società si impegna nei confronti del Contraente che stipula la presente polizza nell'interesse degli Assicurati, a fornire le prestazioni e/o le garanzie assicurative oggetto del presente contratto, alle condizioni e nei termini previsti da quest'ultimo, a fronte di specifica richiesta da parte degli Assicurati.

ART. 17. PERSONE ASSICURABILI

E' assicurabile il personale inteso come persona fisica:

- in trasferta per conto della Contraente,
- residente o domiciliato, anche temporaneamente:
 - in Italia;
 - in uno dei Paesi aderenti all'Unione Europea;
 - iscritto all'A.I.R.E;
- che intrattenga con il Contraente un rapporto di lavoro subordinato/parasubordinato/collaborazione/consulenza/stage compresi Amministratori in Viaggio di lavoro per lo stesso;
- purché la trasferta sia svolta formalmente per l'esecuzione di una mansione connessa con l'attività svolta istituzionalmente dal contraente.

ART. 18. PERSONE NON ASSICURABILI

La Società non assicura le persone affette da:

- Alcolismo;
- Tossicodipendenza;
- infermità mentali, schizofrenia, forme maniaco-depressive;
- psicosi, depressione maggiore in fase acuta.

L'assicurazione cessa al manifestarsi, anche nel corso della copertura, di tali affezioni, senza obblighi per la Società di corrispondere indennizzi per eventuali sinistri.

ART. 19. LIMITI DI ETÀ

Esclusivamente per le Sezioni: "Rimborso spese mediche" e "Infortuni" l'Assicurazione vale per persone di età non superiore ad 80 anni. Tuttavia, per le persone che raggiungono tale limite di età nel corso della trasferta, l'assicurazione mantiene la sua validità fino alla successiva scadenza di annualità.

ART. 20. SEGRETO PROFESSIONALE

L'assicurato libera dal segreto professionale nei confronti della Società i medici che lo hanno visitato prima o anche dopo il sinistro, eventualmente investiti dell'esame del sinistro stesso.

ART. 21. LIMITAZIONE DI RESPONSABILITÀ

La Società non si assume responsabilità per danni causati dall'intervento delle Autorità del paese nel quale è prestata l'assistenza.

ART. 22. ESCLUSIONI COMUNI A TUTTE LE SEZIONI

Sono escluse dall'assicurazione tutte le prestazioni qualora l'Assicurato non abbia preventivamente contattato la Centrale Operativa.

Sono altresì esclusi dall'assicurazione ogni indennizzo, prestazione, conseguenza e/o evento derivante direttamente o indirettamente da:

- a) situazioni di conflitto armato, invasione, atti di nemici stranieri, ostilità, guerra, guerra civile, ribellione, rivoluzione, insurrezione, legge marziale, potere militare o usurpato, o tentativo di usurpazione di potere;
- b) atti di terrorismo in genere, compreso l'utilizzo di ogni tipo di ordigno nucleare o chimico;
- c) radiazioni ionizzanti o contaminazione radioattiva sviluppata da combustibili nucleari, o derivanti da fenomeni di trasmutazione del nucleo dell'atomo o da proprietà radioattive, tossiche, esplosive, o da altre caratteristiche pericolose di apparecchiature nucleari e sue componenti;
- d) trombe d'aria, naufragi, uragani, terremoti, eruzioni vulcaniche, inondazioni, alluvioni, esplosioni nucleari

ed altri sconvolgimenti della natura;

e) inquinamento dell'aria, dell'acqua, del suolo, del sottosuolo, o da qualsiasi danno ambientale;

f) spese di ricerca dell'Assicurato in mare, lago, montagna o deserto;

g) dolo o colpa grave dell'Assicurato.

h) viaggio intrapreso verso un territorio dove, al momento della partenza, sia operativo un divieto o una limitazione (anche temporanei) emessi da un'Autorità pubblica competente.

Nessun (ri)assicuratore sarà tenuto a fornire una copertura, a pagare un sinistro o a fornire una prestazione a qualsiasi titolo nel caso in cui la fornitura di tale copertura, il pagamento di tale sinistro o la fornitura di tale servizio esponga l'/il (ri)assicuratore ad una qualsiasi sanzione o restrizione in virtù di una risoluzione delle Nazioni Unite o in virtù delle sanzioni, leggi o embarghi commerciali ed economici dell'Unione Europea, del Regno Unito o degli Stati Uniti d'America.

ART. 23. IDENTIFICAZIONE DEGLI ASSICURATI E COMUNICAZIONE TRA LE PARTI

Il Contraente si impegna a comunicare alla Società l'elenco contenente i dati identificativi degli Assicurati beneficiari della copertura assicurativa, così come concordato nell'allegato "Istruzione invio dati" (invio in formato elettronico). La tempestività e l'esatta comunicazione di tali dati costituisce condizione essenziale per l'erogazione delle garanzie assicurative.

Il Contraente si rende responsabile della comunicazione al singolo Assicurato dei contenuti del programma assicurativo sottoscritto. In caso di acquisto da parte del Contraente dell'opzione a forfait, lo stesso è esonerato dalla comunicazione delle coperture, salvo quanto previsto dall'Art. 28 - premio e regolazione comma 3.

ART. 24. DURATA

24.1 del Contratto

Il Contratto ha effetto dalle ore 24.00 del giorno indicato nel frontespizio di polizza e ha durata annuale (365 giorni).

In mancanza di disdetta inviata mediante lettera raccomandata A.R. da una delle Parti all'altra almeno 60 (sessanta) giorni prima della scadenza, l'assicurazione si intende prorogata con tacito rinnovo per un periodo di un anno/365 giorni e così successivamente.

24.2 delle single coperture

Le garanzie avranno validità per il periodo comunicato ovvero dall'inizio della trasferta al termine della trasferta stessa purché non posteriore alla scadenza della polizza e sempre che il dipendente/consulente sia in rapporto di dipendenza/consulenza con il Contraente. La polizza cessa nei confronti dei singoli Assicurati nel momento in cui viene meno il rapporto di dipendenza/consulenza con il Contraente.

L'operatività delle garanzie è comunque subordinata al pagamento del premio previsto all'art. 27 - "Premio e Regolazione", qualora fosse stata erogata una prestazione prevista dalla polizza e il premio relativo non risultasse pagato, il Contraente/ Assicurato si impegna a rimborsare alla Società l'importo sostenuto.

ART. 25. TRASFERTE CONTINUE ALL'ESTERO

Qualora, nel corso di validità della presente polizza, l'Assicurato effettui trasferte all'estero per un periodo ininterrotto di oltre 100 giorni, tutte le garanzie e le prestazioni conseguenti a sinistri verificatisi successivamente i suddetti 100 giorni non saranno dovute, salvo se diversamente indicato nel frontespizio di polizza.

ART. 26. MODALITÀ DI PAGAMENTO DEL PREMIO

Il pagamento del premio sarà effettuato dal Contraente a mezzo bonifico bancario.

ART. 27. PREMIO E REGOLAZIONE

Il premio è convenuto in tutto o in parte in base al numero degli Assicurati che vengono inviati per lavoro dal Contraente fuori dal comune ove il Contraente ha la propria sede e fuori dal comune di residenza dell'Assicurato, al numero delle giornate di trasferta, ed in base al tipo di copertura prescelta dal Contraente stesso. Tale premio comprensivo d'imposta, è specificatamente indicato per ogni rischio assicurato nel Frontespizio di Polizza.

Il premio viene:

- anticipato in via provvisoria nell'importo risultante dal conteggio esposto nel Frontespizio di polizza;
- regolato alla fine di ciascuna annualità assicurativa o della minor durata del contratto, secondo le variazioni intervenute durante lo stesso periodo sugli elementi presi in considerazione per il calcolo del premio, fermo il premio minimo garantito stabilito nel Frontespizio di polizza, ove presente.

28.1 – Premio per singolo Assicurato

Il premio per singolo Assicurato è definito nel Frontespizio di polizza e potrà essere determinato come segue:

- a) premio unitario annuale nominativo per trasferte fino a 100 giorni e oltre 100 giorni;
- b) Premio forfait per un minimo di 5 tessere ed un massimo di 50 tessere (comunque multipli di 5 tessere), fino a 100 giorni e oltre 100 giorni .

28.2 - Premio e regolazione per coperture annuali nominative

Entro 60 giorni dalla fine di ogni annualità assicurativa o della minor durata del contratto, la Società provvederà ad effettuare il conguaglio del premio, tenendo presenti i premi incassati a titolo di anticipo e quelli dovuti a seguito delle comunicazioni effettuate dal Contraente, fermo il premio minimo stabilito in polizza. Si specifica che in caso di regolazione negativa, la Società non emetterà alcun documento contabile.

28.3 – Mancato pagamento dei premi di regolazione

Qualora il Contraente non provveda al pagamento dei premi di regolazione entro 30 giorni dalla data di emissione della relativa appendice, la copertura assicurativa a favore degli Assicurati resta sospesa dalle ore 24.00 del trentesimo giorno successivo a quello della scadenza del pagamento e riprenderà vigore dalle ore 24.00 del giorno di pagamento del medesimo, ferme le successive scadenze ai sensi dell'Art. 1901 comma 2, del CC.

Resta fermo il diritto della Società di agire giudizialmente o di dichiarare con lettera raccomandata la risoluzione del contratto.

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

ART. 28. OBBLIGHI IN CASO DI SINISTRO

In caso di sinistro relativo ad **Assistenza e Spese mediche in viaggio**, l'Assicurato, o chi agisce in sua vece, dovrà contattare la Centrale Operativa al seguente numero

+39 06. 42 115 794

Nel caso in cui sia impossibile telefonare, l'Assicurato dovrà inviare un fax al numero 06.4818960

La Centrale Operativa è in funzione 24 ore su 24 per accogliere le richieste.

Inoltre, dovrà qualificarsi come "Assicurato Trasferte di Lavoro" e comunicare:

- cognome e nome;
- numero Polizza Collettiva;
- prestazione richiesta;
- indirizzo abitazione assicurata;
- recapito temporaneo;
- numero di telefono al quale essere contattato;
- codice fiscale.

La denuncia dovrà essere effettuata il più presto possibile e, in ogni caso, non oltre i 3 (tre) giorni successivi. L'inosservanza dei suddetti termini può compromettere il diritto alla prestazione.

A parziale deroga, resta inteso che, qualora la persona fisica titolare dei diritti derivanti dal contratto sia nell'oggettiva e comprovata impossibilità di denunciare il sinistro entro i termini previsti, potrà farlo non appena ne sarà in grado e comunque entro i termini di legge (art. 2952 C.C.).

Gli interventi di assistenza devono essere di norma disposti direttamente dalla Centrale Operativa, ovvero essere da questa espressamente autorizzati, pena la decadenza del diritto alla prestazione di assistenza.

La Società ha facoltà di richiedere, ai fini liquidativi, ulteriore documentazione rispetto a quella contrattualmente prevista e non perde il diritto di far valere, in qualunque momento ed in ogni caso, eventuali eccezioni anche se abbia iniziato la liquidazione delle prestazioni.

Per la gestione e la liquidazione dei **sinistri di Tutela Legale**, l'Assicurato, o chi agisce in sua vece, potrà denunciare il sinistro collegandosi al sito <https://trade.axa-assistance.it>, entrare in "Denuncia sinistro" e seguire le "Istruzioni per la denuncia".

In alternativa potrà scaricare il "Modulo di denuncia" presente nel piedino del sito <https://trade.axa-assistance.it> e spedirlo insieme alla documentazione utile a:

Inter Partner Assistance S.A. – Rappresentanza Generale per l'Italia

Ufficio Sinistri

Casella Postale 20133

Via Eroi di Cefalonia

00128 Spinaceto - Roma

ART. 29. INFORMAZIONI AGLI ASSICURATI

Il Contraente si obbliga a consegnare agli Assicurati copia delle Condizioni di Assicurazione (in ottemperanza all'art. 30 Reg. ISVAP 35/2010) contenenti la Nota Informativa, la descrizione delle prestazioni fornite con le relative limitazioni ed esclusioni.

Il mancato adempimento di tale onere comporterà responsabilità diretta del Contraente nei confronti dell'Assicurato nonché per eventuali danni subiti dalla Società o sanzioni pecuniarie alla stessa comminate.

ART. 30. PUBBLICAZIONI

Nelle proprie pubblicazioni relative alla presente Polizza, il Contraente dovrà riportare la descrizione delle coperture assicurative fornite dalla Società in forza della Polizza e dovrà, inoltre, rispettare quanto previsto dagli artt. 39 e ss. del Reg. 35/2010.

In tali pubblicazioni, il Contraente potrà riportare il marchio ed il logo Inter Partner Assistance S.A./AXA Assistance che dovrà richiedere alla Società stessa. Il testo di tali pubblicazioni, per la parte riguardante la Società, dovrà da questa essere preventivamente approvato, fermo restando che le pubblicazioni non saranno oggetto di contributo da parte della Società medesima.

ART. 31. TUTELA DEI MARCHI

Il Contraente prende atto che i marchi, le denominazioni ed i loghi di Inter Partner Assistance S.A. e AXA Assistance, come pure tutti i diritti inerenti all'immagine, al nome ed alla sua identità economica sono e resteranno nella titolarità esclusiva di Inter Partner Assistance S.A. ed il Contraente non potrà farne alcun uso, se non sarà a ciò preventivamente autorizzata per iscritto di volta in volta.

Alla scadenza del Contratto o in caso di sua risoluzione, estinzione o cessazione, per qualsiasi causa intervenuta, le Parti non potranno, comunque, più utilizzare il marchio, la denominazione o il logo dell'altra Parte, né utilizzarli altrimenti in alcun modo, anche se fosse stata a ciò specificamente preventivamente autorizzata.

ART. 32. PRIVACY

Il Contraente, al fine di dare esecuzione alle obbligazioni di cui al presente contratto, si impegna a comunicare alla Società i dati personali degli Assicurati che si rendano necessari per l'erogazione delle prestazioni di cui al presente, previa autorizzazione degli stessi.

Il Contraente, in qualità di unico Titolare del trattamento dei dati dei propri assicurati, si obbliga a fornire a propria cura e spese, a coloro che usufruiranno dei Servizi erogati dalla Società l'Informativa di cui all'Art. 13 del D.Lgs. n. 196/2003.

INFORMATIVA PER LA GESTIONE DEI DATI DEL CONTRATTO

Ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 30.06.2003 n. 196 (Testo Unico delle norme in materia di tutela dei dati personali), riguardante la tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali, le Parti del presente contratto si danno reciproco atto che i dati personali relativi a ciascun contraente del presente atto (Sede, recapito telefonico, Codice Fiscale e Partita I.V.A.) verranno inseriti ed elaborati nelle proprie banche dati, al fine di gestire i reciproci rapporti contrattuali. Le Parti del presente atto si riconoscono reciprocamente il diritto di conoscenza, cancellazione, rettifica, aggiornamento, integrazione ed opposizione al trattamento dei dati stessi, secondo quanto previsto all'art. 7 del suddetto Decreto Legislativo. Resta espressamente inteso che ciascuna Parte dichiara di aver preso visione di quanto sopra esposto.

Autonomi Titolari del trattamento dei dati personali, ciascuno per le proprie attività istituzionali, ai fini del presente atto, sono il Contraente e la Società.

Nomina a Responsabile del Trattamento dei dati

In considerazione del fatto che la formalizzazione del presente contratto comporta per la Società l'elaborazione di dati relativi agli Assicurati al fine di provvedere alla fornitura e gestione dei Servizi, il Contraente provvede a nominare Inter Partner Assistance S.A. – Rappresentanza Generale per l'Italia "Responsabile" del Trattamento ai sensi dell'art. 29 del D.Lgs 196/03. Del pari la Società si impegna a nominare ove non abbia a ciò già provveduto, gli addetti allo svolgimento delle attività connesse con l'esecuzione del presente accordo quali "Incaricati" del Trattamento ai sensi e per gli effetti dell'art. 30 del D.Lgs 196/03.

ART. 33. RISERVATEZZA DELLE INFORMAZIONI

Il Contraente e la Società sono tenuti a mantenere strettamente riservate tutte le informazioni, i dati e i documenti riferiti all'altra Parte con divieto di comunicare o diffondere tali informazioni, dati e documenti a terzi se non per quanto necessario a dare esecuzione all'incarico oggetto del contratto stesso.

Le relazioni, la corrispondenza, i pareri e ogni altro documento che ciascuna parte fornirà all'altra in esecuzione o in relazione al presente contratto sono forniti unicamente per dare esecuzione allo stesso. Essi sono resi disponibili sul presupposto che la parte che li riceve non li utilizzi per scopi diversi dall'oggetto del presente contratto e non li comunichi o divulghi a terzi senza la preventiva autorizzazione scritta dell'altra parte.

ART. 34. CLAUSOLA BROKER

Ove previsto.

Il Contraente dichiara, anche in nome e per conto degli Assicurati, di avere affidato l'intermediazione e la gestione del presente contratto all'Intermediario citato nel Frontespizio di Polizza (di seguito Broker).

Tutti i rapporti inerenti alla presente Polizza saranno quindi svolti per conto del Contraente da parte del Broker ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. 209/05.

Per quanto concerne l'incasso dei premi di polizza, il versamento verrà effettuato dal Contraente al Broker, che provvederà al versamento alla Società con le modalità previste nella lettera di accordo fra la Società e il Broker stesso.

Agli effetti dei termini fissati dalle condizioni generali di assicurazione, ogni comunicazione fatta dal Broker alla Società, in nome e per conto del Contraente, si intenderà come fatta dal Contraente.

ART. 35. COMUNICAZIONI

Qualsiasi comunicazione che ciascuna Parte effettuerà nei confronti dell'altra Parte in relazione al presente contratto, dovrà essere trasmessa - salvo diverso patto scritto tra le Parti tramite lettera Raccomandata AR.

Comunicazioni alla Compagnia

Sede Legale:

Inter Partner Assistance S.A.

Rappresentanza Generale per l'Italia

Via Carlo Pesenti, 121

00156 Roma

ART. 36. ALLEGATI

Ove previsti, costituiscono parte integrante e sostanziale del presente contratto il seguente allegato:

- Istruzione Invio Dati
- Condizioni di Assicurazione

ART. 37. CENTRALE OPERATIVA

Per la fornitura delle prestazioni la Società si impegna a mettere a disposizione dei Clienti la propria Centrale Operativa in funzione 24 ore su 24, accessibile tramite il Numero +39 06. 42 115 794, fax 06.4818960.

Per la gestione e la liquidazione dei sinistri di Tutela Legale, la Società Inter Partner Assistance S.A.- Rappresentanza Generale per l'Italia è a disposizione degli Assicurati tramite il Numero +39 06 42115794, Fax +39 06 487032606 dal lunedì al giovedì dalle ore 9,30 alle ore 17,30 e il venerdì dalle ore 9,30 alle ore 12,00.

ART. 38. LIMITAZIONI DEL SERVIZIO – ESTENSIONE TERRITORIALE

Ferme le eventuali limitazioni territoriali previste per le singole prestazioni, l'assicurazione è valida per i sinistri avvenuti nel Mondo intero ad eccezione dei Paesi esclusi.

Non sono comunque fornite prestazioni in quei paesi in stato di belligeranza o guerra, anche se non dichiarata.

ART. 39. OPERATIVITA' DELLA POLIZZA

Le prestazioni e le garanzie della presente Polizza sono dovute:

- a seguito di sinistri occorsi all'Assicurato esclusivamente in occasione di viaggio di lavoro per il Contraente;
- mediante contatto telefonico con la Centrale Operativa 24 ore al giorno, 365 giorni all'anno;
- con costi a carico della Società entro il limite di 3 (tre) sinistri per Assicurato e per ciascun periodo di trasferta;
- senza limite di numero di prestazioni nell'ambito del medesimo sinistro;
- entro il limite del massimale previsto per ciascun tipo di prestazione.

L'importo complessivo degli indennizzi corrisposti non potrà superare i massimali previsti.

Le prestazioni e le garanzie Assicurative oggetto della presente polizza sono dovute in seguito a sinistri occorsi all'Assicurato esclusivamente in occasione di viaggio di lavoro per il Contraente

ART. 40. PRESTAZIONI GARANTITE**A. ASSISTENZA IN VIAGGIO****A.1. - Oggetto dell'assicurazione:**

La Società, in caso di malattia o infortunio dell'Assicurato in viaggio di lavoro, tramite la Centrale Operativa, organizza ed eroga, 24 ore su 24, le seguenti prestazioni:

ASSISTENZA IN VIAGGIO	Massimali e Limitazioni (I Massimali di Polizza sono indicati in Euro)		
GARANZIE I massimali indicati devono intendersi per Assicurato, per sinistro e periodo assicurativo, fermi i sottolimiti previsti			
a) CONSULTO MEDICO TELEFONICO. La Centrale Operativa è a disposizione dell'Assicurato per organizzare un consulto medico telefonico in caso di urgenza improvvisa durante il viaggio.	SI	SI	SI
b) SEGNALAZIONE DI UN MEDICO SPECIALISTA. Qualora, in seguito al Consulto Medico Telefonico, l'Assicurato dovesse sottoporsi ad una visita specialistica, la Centrale Operativa segnalerà, compatibilmente con le disponibilità locali, il nominativo di un medico specialista nella località più vicina al luogo in cui si trova l'Assicurato.	SI	SI	SI
c) TRASFERIMENTO SANITARIO. Qualora il servizio medico della Centrale Operativa consigli il trasporto sanitario dello stesso, previa analisi del quadro clinico e d'intesa con il medico curante sul posto, la Centrale Operativa organizzerà: • il trasferimento sanitario presso una struttura medica adeguata più vicina; Se ritenuto necessario dal servizio medico della Centrale Operativa, il trasporto comprenderà la necessaria assistenza durante il trasporto con personale medico o paramedico. Il trasporto sanitario sarà effettuato, con tutte le spese a carico della Società, utilizzando i mezzi ritenuti più idonei ad insindacabile giudizio della Centrale Operativa. Tali mezzi potranno essere: • aereo sanitario; • aereo di linea, eventualmente barellato; • treno prima classe e, ove necessario, vagone letto; • autoambulanza, senza limiti di chilometraggio; • altro mezzo di trasporto.			
c.1 In caso di trasferimento sanitario in Istituto di cura o in luogo attrezzato per il			

pronto soccorso, la centrale Operativa terrà a proprio carico le spese mediche e farmaceutiche, con pagamento diretto sul posto della struttura e/o come rimborso fino ad un importo massimo complessivo di € 2.500,00 per Assicurato e per periodo Assicurativo. Nel massimale indicato sono comprese: • le rette di degenza in Istituto di cura prescritto dal medico fino ad € 200,00 al giorno per Assicurato; • le spese per cure dentarie urgenti, solo a seguito di infortunio, fino ad € 200,00 per Assicurato e per sinistro; • le spese per la riparazione di protesi, solo a seguito di infortunio, fino ad € 200,00 per Assicurato e per sinistro; <u>Sono escluse dalla prestazione:</u> • le infermità o lesioni che, a giudizio del servizio medico della Centrale Operativa, possono essere curate sul posto o comunque non impediscano la continuazione del Viaggio; • le malattie infettive, nel caso in cui il trasporto implichi violazione di norme sanitarie nazionali o internazionali; • tutti i casi in cui l'Assicurato o i familiari dello stesso sottoscrivessero volontariamente le dimissioni contro il parere dei sanitari della struttura presso la quale fosse ricoverato; • tutte le spese sostenute dall'Assicurato, nel caso in cui non abbia denunciato alla Centrale Operativa, direttamente o tramite terzi, l'avvenuto ricovero o prestazione di pronto soccorso; le spese per cura o eliminazione di difetti fisici o malformazioni congenite, per applicazioni di carattere estetico, per cure infermieristiche, fisioterapiche, termali o dimagranti, per cure dentarie (ad eccezione di quelle sopra specificate a seguito di infortunio).	SI	SI	SI
d) RIMPATRIO SANITARIO. Qualora l'Assicurato dimesso dall'Istituto di cura in cui era stato ricoverato necessiti a giudizio dei medici della Centrale Operativa ed in accordo del medico curante sul posto, di un periodo di degenza superiore a 7 giorni, oppure di rientrare in un istituto di cura attrezzato nel paese di residenza o domicilio, la Centrale Operativa provvederà, con spese a carico della Società, ad organizzare il rientro con i mezzi ed i tempi ritenuti più idonei a suo insindacabile giudizio. Tali mezzi potranno essere: • aereo sanitario; • aereo di linea, eventualmente barellato; • treno prima classe e, ove necessario, vagone letto; • autoambulanza, senza limiti di chilometraggio; • altro mezzo di trasporto. Se ritenuto necessario dal servizio medico della Centrale Operativa, il trasporto comprenderà la necessaria assistenza durante il trasporto con personale medico o paramedico. La Società si riserva la facoltà di richiedere all'Assicurato l'eventuale biglietto di viaggio non utilizzato per il rientro. Sono escluse dalla prestazione: • le malattie infettive, nel caso in cui il trasporto implichi violazione di norme sanitarie nazionali o internazionali; tutti i casi in cui l'Assicurato o i familiari dello stesso sottoscrivessero volontariamente le dimissioni contro il parere dei sanitari della struttura presso la quale fosse ricoverato;	SI	SI	SI
e) INVIO MEDICINALI URGENTI. Qualora l'Assicurato necessiti di medicinali regolarmente registrati in Italia ma non reperibili sul luogo, né sostituibili con medicinali locali ritenuti equivalenti dal servizio medico della Centrale Operativa, la stessa provvederà al loro invio con il mezzo più rapido nel rispetto delle norme e delle tempistiche che regolano il trasporto dei medicinali. La Società terrà a proprio carico il costo della spedizione, mentre il costo dei medicinali resta a carico dell'Assicurato.	SI	SI	SI
f) INTERPRETE A DISPOSIZIONE. Qualora l'Assicurato in viaggio venga ricoverato ed abbia difficoltà linguistiche a comunicare con i medici, la Centrale Operativa provvederà ad inviare un interprete sul posto. La Società terrà a carico i costi dell'interprete fino ad un massimo di 8 ore lavorative.	8 ore		
g) TRADUZIONE DELLA CARTELLA CLINICA. Qualora l'Assicurato necessiti della traduzione della propria cartella clinica rilasciata a seguito di ricovero ospedaliero durante il viaggio, potrà richiederne la traduzione in italiano dall'inglese, francese, spagnolo o tedesco. La traduzione avverrà solo con il consenso dell'Assicurato stesso nel rispetto di quanto previsto dalla normativa vigente in Italia sul trattamento dei dati personali.	SI	SI	SI
h) VIAGGIO DI UN FAMILIARE IN CASO DI RICOVERO. Qualora l'Assicurato venga ricoverato con una prognosi di degenza superiore a 7 (sette) giorni, oppure in caso di decesso dell'Assicurato la Centrale Operativa fornirà un biglietto di andata e ritorno (ferroviario di prima classe o aereo classe economica o altro mezzo a proprio insindacabile giudizio) per permettere ad un familiare, di	SI	SI	SI

raggiungere l'Assicurato ricoverato o il luogo del decesso. Sono escluse le spese di soggiorno del familiare.			
i) PROLUNGAMENTO DEL SOGGIORNO. Qualora le condizioni di salute dell'Assicurato, certificate da prescrizione medica scritta, non gli permettessero di intraprendere il viaggio di rientro alla sua residenza o domicilio, nella data prestabilita, la Struttura Organizzativa provvederà all'eventuale prenotazione di un albergo. La Società terrà a proprio carico le spese di albergo (camera e prima colazione) per il massimo di dieci notti successive alla data stabilita per il rientro fino ad un importo massimo complessivo di 1.000,00 Euro per anno. Sono escluse dalla prestazione: le spese di albergo diverse da camera e prima colazione.	SI Massimo 10 notti con limite di € 1.000		
j) RIENTRO DELL'ASSICURATO CONVALESCENTE Qualora l'Assicurato dimesso dall'ospedale in cui era stato ricoverato necessitasse, a giudizio dei medici della Struttura Organizzativa ed in accordo con il medico curante sul posto, di un periodo di convalida superiore ai 7 giorni, la Struttura Organizzativa provvederà, con spese a carico della Società, al rientro al suo paese di origine o residenza, con i mezzi e nei tempi ritenuti più idonei dai medici della Struttura Organizzativa dopo il consulto di questi con il medico curante sul posto. Tali mezzi potranno essere: - l'aereo di linea in classe economica, se necessario con posto barellato; - il treno in prima classe e, occorrendo, il vagone letto; - l'autoambulanza (senza limiti di chilometraggio). Il trasporto sarà interamente organizzato dalla Centrale Operativa che avrà la facoltà di richiedere all'Assicurato l'eventuale biglietto di viaggio non utilizzato per il rientro. Sono escluse dalla prestazione: - le malattie infettive, nel caso in cui il trasporto implichi violazione di norme sanitarie nazionali o internazionali; - tutti i casi in cui l'Assicurato o i familiari dello stesso sottoscrivessero volontariamente le dimissioni contro il parere dei sanitari della struttura presso la quale l'Assicurato fosse ricoverato. <u>Resta a discrezione della Centrale Operativa, il rientro dell'Assicurato presso il Suo paese di origine o di residenza.</u>	SI	SI	SI
La garanzia è estesa anche ai familiari e ad un compagno di viaggio.	€ 2.000		
k) ASSISTENZA INFERMIERISTICA DOPO IL RIENTRO Qualora l'Assicurato necessiti, nei 7 (sette) giorni successivi al rientro in Italia, 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 Società terrà a proprio carico il costo della prestazione.	prestazione valida esclusivamente in Italia € 600		
l) RIENTRO DELLA SALMA. In caso di decesso dell'Assicurato la Centrale Operativa organizzerà ed effettuerà il trasporto della salma fino al luogo di sepoltura che potrà essere, il paese di origine o il paese di residenza, a discrezione della Centrale Operativa. Il trasporto sarà eseguito secondo le norme internazionali in materia e dopo aver adempiuto tutte le formalità sul luogo del decesso. La Società tiene a proprio carico le spese di trasporto con esclusione delle spese relative alla cerimonia funebre, all'inumazione o alla cremazione. La Società tiene a carico anche il costo del biglietto di viaggio, andata e ritorno, di un familiare per recarsi sul luogo in cui si è verificato l'evento e le spese di pernottamento della prima notte presso la struttura alberghiera più vicina.	SI		
m) RIENTRO ANTICIPATO. Qualora l'Assicurato in viaggio abbia necessità di rientrare nel proprio paese di origine o residenza, prima della data programmata e con un mezzo diverso da quello inizialmente previsto, a causa del decesso di uno dei seguenti familiari: coniuge/convivente more uxorio, figlio/a, fratello, sorella, genitore, suocero/a, nuora, la Centrale Operativa organizza il rientro dell'Assicurato fornendogli un biglietto ferroviario in prima classe o uno aereo classe economica, affinché possa raggiungere il luogo del decesso o di sepoltura. La Società terrà a proprio carico il relativo costo. Sono esclusi dalla prestazione i casi in cui l'Assicurato non possa fornire alla Centrale Operativa adeguate informazioni sui motivi che danno luogo alla richiesta della prestazione. L'Assicurato dovrà fornire entro 15 giorni dal sinistro il certificato di morte del familiare.	€ 1.000		
n) INVIO DI UN COLLEGA IN SOSTITUZIONE Qualora le condizioni di salute dell'Assicurato, certificate da prescrizione medica scritta, rendessero necessaria la sostituzione dello stesso con un collega, la Centrale Operativa fornirà, con spese a carico della Società, un biglietto ferroviario di andata (prima classe) o aereo di	SI	SI	SI

andata (classe economica), per permettere ad un collega di sostituire l'Assicurato nel suo incarico.			
o) ANTICIPO SPESE DI PRIMA NECESSITÀ IN CASO DI FURTO, SCIPPO, RAPINA O SMARRIMENTO DEI MEZZI DI PAGAMENTO. Qualora l'Assicurato debba sostenere, durante il viaggio, spese impreviste di prima necessità e si trovi nell'impossibilità di provvedervi direttamente ed immediatamente a causa di furto, rapina, scippo o smarrimento dei propri mezzi di pagamento, la Centrale Operativa potrà anticipare, con pagamento diretto al fornitore, gli importi risultanti dal corrispondente documento fiscale (fattura) entro il limite stabilito. L'Assicurato dovrà far pervenire copia della regolare denuncia inoltrata alle Autorità del luogo. La garanzia diventerà operante nel momento in cui, in Italia, la Centrale Operativa avrà ricevuto adeguate garanzie bancarie di restituzione. L'Assicurato dovrà comunque provvedere alla restituzione della somma anticipata entro 30 (trenta) giorni dall'erogazione della stessa. La prestazione non è operante: • nei paesi in cui non esistono filiali o corrispondenti della Società; • quando l'Assicurato non è in grado di fornire adeguate garanzie bancarie di restituzione, ritenute tali ad insindacabile giudizio della Società; • nei casi in cui i trasferimenti di valuta all'estero comportino violazione delle norme vigenti in materia valutaria in Italia o nel paese in cui si trova l'Assicurato.	€ 2.500		
p) ANTICIPO SPESE ASSISTENZA LEGALE. Qualora l'Assicurato fosse arrestato o minacciato di arresto e necessiti di assistenza legale, la Centrale Operativa metterà a disposizione dell'Assicurato un legale, nel rispetto delle regolamentazioni locali, e anticiperà il pagamento della relativa parcella entro il limite previsto. L'Assicurato dovrà comunicare la causa della richiesta e l'ammontare della cifra necessaria. La garanzia diventerà operante nel momento in cui, in Italia, la Centrale Operativa avrà ricevuto adeguate garanzie bancarie di restituzione. L'Assicurato dovrà comunque provvedere alla restituzione della somma anticipata entro 30 (trenta) giorni dall'erogazione della stessa. La prestazione non è operante: • nei paesi in cui non esistono filiali o corrispondenti della Società; • quando l'Assicurato non è in grado di fornire adeguate garanzie bancarie di restituzione, ritenute tali ad insindacabile giudizio della Società; • nei casi in cui i trasferimenti di valuta all'estero comportino violazione delle norme vigenti in materia valutaria in Italia o nel paese in cui si trova l'Assicurato.	€ 5.000		
q) ANTICIPO CAUZIONE PENALE. Qualora l'Assicurato si trovi, durante il viaggio, in stato di fermo, arresto o minaccia di arresto e non potesse provvedere direttamente a versare la cauzione penale per essere rimesso in libertà, la Società potrà pagare sul posto, a titolo di anticipo per conto dell'Assicurato, la cauzione penale entro il limite previsto. La garanzia diventerà operante nel momento in cui, in Italia, la Centrale Operativa avrà ricevuto adeguate garanzie bancarie di restituzione. L'Assicurato dovrà comunque provvedere alla restituzione della somma anticipata entro 30 (trenta) giorni dall'erogazione della stessa. La prestazione non è operante: • nei paesi in cui non esistono filiali o corrispondenti della Società; • quando l'Assicurato non è in grado di fornire adeguate garanzie bancarie di restituzione, ritenute tali ad insindacabile giudizio della Società; • nei casi in cui i trasferimenti di valuta all'estero comportino violazione delle norme vigenti in materia valutaria in Italia o nel paese in cui si trova l'Assicurato.	€ 7.500		

r) ASSISTENZA AI FAMILIARI PER LA DURATA DEL VIAGGIO. In caso di infortunio e/o malattia improvvisa occorsi ad un familiare rimasto a casa dell'Assicurato in viaggio, la Centrale Operativa fornirà al familiare dell'assicurato: ▪ un consulto telefonico con i medici della Centrale Operativa per valutare il proprio stato di salute; ▪ l'invio di un medico a domicilio; nel caso successivamente ad una Consulenza Medica, emerga la necessità di una visita medica, la Centrale Operativa provvederà, con spese a carico della Società, ad inviare a casa uno dei medici convenzionati con la stessa. In caso di impossibilità da parte di uno dei medici convenzionati ad intervenire personalmente, Centrale Operativa organizzerà il trasferimento del Familiare in autoambulanza nel centro medico idoneo più vicino. La prestazione viene fornita dalle ore 20 alle ore 8 da Lunedì a Venerdì e 24 ore su 24 il sabato, la domenica e nei giorni festivi; ▪ l'invio di una autoambulanza a casa; nel caso successivamente ad una Consulenza Medica, necessitasse di un trasporto nel centro medico idoneo più vicino, la Centrale Operativa organizzerà il trasferimento dell'Assicurato in autoambulanza.	Prestazioni valide esclusivamente in Italia € 250 / sinistro fino al limite di € 500 per polizza
s) COLLEGAMENTO TELEFONICO CON LA STRUTTURA SANITARIA Qualora l'Assicurato sia ricoverato a seguito di infortunio o malattia improvvisa, la Centrale Operativa potrà tenere informati i familiari nel paese d'origine e/o residenza sulle condizioni di salute dell'Assicurato, mediante collegamento telefonico tra il proprio servizio medico e il medico curante sul luogo del ricovero. Le notizie cliniche saranno comunicate telefonicamente previa richiesta da parte dell'Assicurato o di persona terza, qualora lo stesso non ne sia in grado, e previa indicazione del destinatario del messaggio e relativo recapito telefonico dello stesso. Le notizie cliniche sul paziente dovranno essere autorizzate dal paziente stesso alla Società, tramite apposito frontespizio denominato R.O.I (Release of Information).	SI

A.2- Decorrenza e operatività della sezione Assistenza

La garanzia decorre dal momento dell'inizio del viaggio e finisce al termine del viaggio stesso e comunque non oltre la scadenza della polizza.

A.3- Esclusioni (ad integrazione delle esclusioni comuni)

Le prestazioni non sono dovute nei seguenti casi :

- a) se l'Assicurato (o chi per esso) disattende le indicazioni della Centrale Operativa, ossia richieda di essere dimesso dalla struttura presso la quale è ricoverato, contro il parere dei sanitari della struttura stessa o rifiuti il trasporto/rientro sanitario. In questo ultimo caso la Società sospenderà immediatamente l'assistenza e la copertura delle ulteriori spese mediche maturate dal giorno successivo del rifiuto del trasporto/rientro sanitario.
- b) pandemia (dichiarata dall'OMS), di gravità e virulenza tale da comportare una elevata mortalità ovvero da richiedere misure restrittive al fine di ridurre il rischio di trasmissione alla popolazione civile;
- c) viaggio intrapreso verso un territorio dove, al momento della partenza, sia operativo un divieto o una limitazione (anche temporanei) emessi da un'Autorità pubblica competente;
- d) viaggio intrapreso allo scopo di sottoporsi a trattamenti medico/chirurgici;
- e) se nel luogo di destinazione è in essere o viene dichiarata durante il viaggio una quarantena.

Inoltre:

A.3.1- Assistenza in Viaggio

La Società non prende in carico gli eventi conseguenti a:

- a) mancato contatto con la Centrale Operativa o, comunque, senza la preventiva autorizzazione della stessa;
- b) viaggi estremi in zone remote raggiungibili solo con l'utilizzo di mezzi di soccorso speciali.

Inoltre:

A.3.2- Assistenza in Viaggio

- a) Le prestazioni di assistenza sono fornite per evento e nei limiti del capitale assicurato e di eventuali sottolimiti;
- b) le prestazioni di assistenza, nel rispetto delle specifiche condizioni di operatività, sono effettuate in considerazione dello stato di salute dell'Assicurato e dello stato di necessità, utilizzando i mezzi e le strutture che la Società ritiene, a suo insindacabile giudizio, più adeguati agli scopi;
- c) la Società non potrà essere ritenuta responsabile di:
 - ritardi od impedimenti nell'esecuzione dei servizi convenuti dovuti a cause di forza maggiore, a disposizioni delle Autorità locali o contrarie a norme e regolamenti vigenti nel luogo di erogazione della prestazione;
 - errori dovuti ad inesatte comunicazioni ricevute dall'Assicurato o da chi per esso;
- d) la Società non è tenuta a pagare indennizzi in sostituzione delle garanzie di assistenza dovute.

B. ASSISTENZA ALL'ABITAZIONE

B.1 - Territorialità: Italia.

B.2 - Oggetto dell'assicurazione: Qualora l'Assicurato subisse dei danni alla propria abitazione mentre è in viaggio di lavoro, la Società tramite la Centrale Operativa, organizza ed eroga entro le 48 ore dal rientro, le seguenti prestazioni:

B.3- Esclusioni (ad integrazione delle esclusioni comuni e delle esclusioni specifiche)

Le prestazioni non sono dovute nei seguenti casi:

- a) sinistri dovuti a guasti di rubinetti e di tubature mobili collegati o meno a qualsiasi apparecchiatura (ad es. le lavatrici);
- b) sinistri dovuti a negligenza dell'Assicurato e/o di altra persona con lui convivente;

ASSISTENZA ALL'ABITAZIONE I massimali indicati devono intendersi per Sinistro	Massimale	Esclusioni specifiche (oltre le esclusioni comuni)
a) INVIO DI UN ELETTRICISTA. Qualora l'Assicurato necessiti di un elettricista in caso di mancanza della corrente elettrica in tutti i locali dell'abitazione a causa di guasti agli interruttori di accensione, impianti di distribuzione interna o prese di corrente non causati da sua imperizia o negligenza, la Centrale Operativa invierà un elettricista convenzionato comunicando preventivamente, su richiesta, la tariffa oraria approssimativa.	€ 200	I costi relativi al materiale e/o ai pezzi di ricambio necessari per la riparazione restano a carico dell'Assicurato.
b) INVIO DI UN FABBRO/FALEGNAME. Qualora l'Assicurato necessiti di un fabbro/falegname in caso di furto, smarrimento, rottura delle chiavi o guasto della serratura, purché non elettronica; furto tentato o consumato, incendio, esplosione o scoppio che comprometta in modo grave la funzionalità della porta di accesso e pregiudichi la sicurezza dell'abitazione; la Centrale Operativa invierà un fabbro o un falegname convenzionato comunicando preventivamente, su richiesta, la tariffa oraria approssimativa.	€ 200	I costi relativi al materiale e/o ai pezzi di ricambio necessari per la riparazione restano a carico dell'Assicurato.
c) INVIO DI UN IDRAULICO. Qualora l'Assicurato necessiti di un idraulico in caso di allagamento o infiltrazione nell'abitazione a seguito di rottura, otturazione o guasto delle tubature fisse dell'impianto idraulico ad essa pertinente; mancanza totale di acqua non dovuta a temporanea sospensione della distribuzione; mancato scarico delle acque nere degli impianti igienico-sanitari a causa dell'otturazione delle tubature fisse di scarico dell'impianto idraulico; la Centrale Operativa invierà un idraulico convenzionato comunicando preventivamente, su richiesta, la tariffa oraria approssimativa.	€ 200	I costi relativi al materiale e/o ai pezzi di ricambio necessari per la riparazione restano a carico dell'Assicurato.

- c) rottura delle tubature esterne all'edificio;
- d) trabocco dovuto a rigurgito di fogna;
- e) otturazione delle tubature mobili dei servizi igienico sanitari;
- f) corto circuito per falsi contatti provocati dall'Assicurato e/o di altra persona con lui convivente;
- g) interruzione della fornitura elettrica da parte dell'ente erogatore;
- h) guasti al cavo di alimentazione dei locali dell'abitazione a monte del contatore.

C. ASSISTENZA STRADALE VERSO IL LUOGO DI PARTENZA

C.1 - Oggetto dell'assicurazione: a seguito di guasto meccanico o incidente stradale all'auto (di seguito definito "veicolo") nel percorso da e per raggiungere il luogo di partenza del viaggio, la Centrale Operativa organizza ed eroga le seguenti prestazioni:

D. SPESE MEDICHE IN VIAGGIO		Esclusioni specifiche				
ASSISTENZA STRADALE VERSO IL LUOGO DI PARTENZA I massimali indicati devono intendersi per Sinistro		Massimale		(oltre le esclusioni comuni)		
a) SOCCORSO STRADALE. Reperimento ed invio di un mezzo di soccorso per il traino del veicolo presso l'officina della casa costruttrice o in alternativa presso l'officina generica più vicina o la riparazione sul posto, se possibile. D.1. Oggetto dell'assicurazione La Società, in caso di malattia o infortunio dell'Assicurato in viaggio di lavoro, tramite la Centrale Operativa, eroga le seguenti garanzie:		€ 150 (Italia) € 250 (estero)		Le spese di riparazione restano a carico dell'Assicurato.		
b) INVIO TAXI. Organizzazione ed invio di un taxi, in seguito al traino del veicolo effettuato dalla Centrale Operativa, per permettere all'Assicurato di raggiungere il luogo di partenza del viaggio. (prestazione valida in Italia)		€ 250		//		
I massimali indicati devono intendersi per Assicurato, sinistro e periodo assicurativo, fermi i sottolimiti previsti		Massimali e Limitazioni (i massimali di Polizza sono indicati in Euro)				
a.1) Qualora l'Assicurato debba sostenere spese mediche, farmaceutiche, ospedaliere, per cure o interventi chirurgici urgenti e non procrastinabili durante il periodo di validità della garanzia, la Società rimborsa i costi come di seguito specificato: 1) CON PAGAMENTO DIRETTO sul posto da parte della Centrale Operativa solo se la Centrale Operativa è preventivamente contattata: La garanzia sarà prestata fino alla data di dimissioni a seguito di ricovero, sino alla fine delle cure se in regime di pronto soccorso o fino al momento in cui l'Assicurato sarà ritenuto, a giudizio dei medici della Società, in condizioni di essere rimpatriato. Nei casi in cui la Società non possa effettuare il pagamento diretto, le spese saranno rimborsate sempreché autorizzate dalla Centrale Operativa che è stata anche in questo caso preventivamente contattata all'insorgere del sinistro.		€ 1.500		▪ Biglietti modificati o acquistati senza contatto con la Centrale Operativa o, comunque, senza la preventiva autorizzazione della stessa.		
		€ 30.000	€ 50.000	€ 150.000	€ 250.000	€ 300.000
a.2) A RIMBORSO nel caso in cui l'Assicurato non contatti preventivamente la Centrale Operativa, entro i massimali indicati, dietro presentazione di idonea documentazione sia clinica sia fiscale. <u>Sono comprese nei massimali il rimborso delle cure in seguito ad infortunio verificatosi in viaggio:</u> la Società rimborsa le spese per le visite mediche e accertamenti diagnostici, purché sostenute al rientro del viaggio e nei 45 giorni successivi alla data di rientro dal viaggio.		€ 15.000	€ 25.000	€ 75.000	€ 125.000	€ 150.000
b) La Società provvede al rimborso delle spese di trasporto dal luogo dell'evento al centro medico di pronto soccorso o di primo ricovero.						
c) La Società provvede al rimborso delle spese per visite mediche e/o farmaceutiche purché sostenute a seguito di prescrizione medica, cure ambulatoriali e/o di primo ricovero (compreso il day hospital), sostenute in seguito ad infortunio o malattia occorsi in viaggio. Franchigia € 50		€ 2.500				
d) <u>Cure odontoiatriche:</u> La Società provvede al rimborso delle spese per cure odontoiatriche urgenti solo a seguito di infortunio occorso durante il viaggio. Franchigia € 50		€ 500				
e) <u>spese per riparazioni di protesi:</u> solo a seguito di infortunio verificatosi in viaggio. Franchigia € 100		€ 500				
f) La società provvede al rimborso delle spese per cure riabilitative, incluse quelle fisioterapiche, sostenute in seguito ad infortunio o malattia occorsi in viaggio e che abbiano determinato un ricovero ospedaliero. Sono in garanzia, esclusivamente, le spese sostenute nell'ambito del ricovero ospedaliero stesso o nel periodo di convalescenza immediatamente successivo al ricovero e, comunque, precedente al rientro dal viaggio.		€ 500				

C.2 - Decorrenza e operatività

La garanzia:

- è operante per l'auto utilizzata dall'Assicurato, immatricolata da **non più di 15 anni**;
- decorre dalle 00.00 del giorno dell'inizio del viaggio e termina con il raggiungimento del luogo di partenza del viaggio.

Per gli Assicurati iscritti all'A.I.R.E., i massimali delle garanzie di cui ai punti a.1) e a.2) per le tre opzioni sono:

per i sinistri occorsi durante la trasferta fuori dal Paese di residenza (A.I.R.E.):	Massimali e Limitazioni (i massimali di Polizza sono indicati in Euro)				
CON PAGAMENTO DIRETTO: – Solo se la Centrale Operativa è preventivamente contattata.	€ 30.000	€ 50.000	€ 150.000	€ 250.000	€ 300.000
A RIMBORSO: nel caso in cui l'Assicurato non contatti preventivamente la Centrale Operativa entro i massimali indicati, dietro presentazione di idonea documentazione sia clinica sia fiscale.	€ 15.000	€ 25.000	€ 75.000	€125.000	€150.000

per i sinistri occorsi nel Paese di residenza (A.I.R.E.):	Massimali e Limitazioni (i massimali di Polizza sono indicati in Euro)				
CON PAGAMENTO DIRETTO: – Solo se la Centrale Operativa è preventivamente contattata.	€ 15.000	€ 25.000	€ 75.000	€ 125.000	€ 150.000
A RIMBORSO: Nel caso in cui l'Assicurato non contatti preventivamente la Centrale Operativa, entro i massimali indicati, dietro presentazione di idonea documentazione sia clinica sia fiscale.	€ 7.500	€ 12.500	€ 37.500	€ 62.500	€ 75.000

Ferme le garanzie ed i massimali dei punti b), c), d), e), f).

D.2- Decorrenza e operatività della sezione Rimborso Spese Mediche in Viaggio

La garanzia decorre dal momento dell'inizio del viaggio e finisce al termine del viaggio stesso e comunque non oltre la scadenza della polizza.

D.3- Esclusioni (ad integrazione delle esclusioni comuni)

Le prestazioni non sono dovute nei seguenti casi:

- se l'Assicurato (o chi per esso) disattende le indicazioni della Centrale Operativa, ossia richieda di essere dimesso dalla struttura presso la quale è ricoverato, contro il parere dei sanitari della struttura stessa; o rifiuti il trasporto/rientro sanitario. In questo ultimo caso la Società sospenderà immediatamente l'assistenza e la copertura delle ulteriori spese mediche maturate dal giorno successivo del rifiuto del trasporto/rientro sanitario in Italia;
- pandemia (dichiarata dall'OMS), di gravità e virulenza tale da comportare una elevata mortalità ovvero da richiedere misure restrittive al fine di ridurre il rischio di trasmissione alla popolazione civile;
- viaggio intrapreso verso un territorio dove, al momento della partenza, sia operativo un divieto o una limitazione (anche temporanei) emessi da un'Autorità pubblica competente;
- viaggio intrapreso allo scopo di sottoporsi a trattamenti medico/chirurgici;
- se nel luogo di destinazione è in essere o viene dichiarata durante il viaggio una quarantena.

Inoltre:

D.3.1- Spese Mediche in Viaggio

La Società non prende in carico le spese conseguenti a:

- cure riabilitative e prestazioni fisioterapiche diverse da quelle previste alla sezione Spese Mediche in Viaggio, al punto D.1.f);
- ricovero in strutture private in Italia;
- cura o eliminazione di difetti fisici o malformazioni congenite, per applicazioni di carattere estetico, per cure infermieristiche, fisioterapiche, termali e dimagranti, per cure dentarie (fatte salve quelle sopra specificate a seguito di infortunio);
- interruzione volontaria della gravidanza;
- pratica di sport aerei e dell'aria in genere, sport estremi se praticati al di fuori di organizzazioni sportive e senza i criteri di sicurezza previsti;
- qualsiasi sport esercitato professionalmente o che, comunque, comporti remunerazione diretta o indiretta;
- acquisto e riparazione di occhiali, lenti a contatto, apparecchi ortopedici e/o protesici;
- visite di controllo in Italia per situazioni conseguenti a malattie iniziate in viaggio;
- gli infortuni preesistenti all'inizio del viaggio;
- le malattie croniche.

La garanzia non è altresì dovuta per i sinistri provocati o dipendenti da:

TRASFERTE DI LAVORO

- parto naturale o con taglio cesareo;
- stati patologici dipendenti dalla gravidanza oltre la 26ma settimana di gestazione e dal puerperio;
- dolo dell'Assicurato;
- abuso di alcolici o psicofarmaci nonché dall'uso di stupefacenti e di allucinogeni;
- tentato suicidio.

E. BAGAGLIO

LA PRESENTE GARANZIA E' VALIDA ED OPERANTE SOLO SE E' STATA RICHIAMATA IN FRONTESPIZIO DI POLIZZA ED E' STATO CORRISPOSTO IL RELATIVO PREMIO.

E.1 - Oggetto dell'assicurazione :

BAGAGLIO	Massimali e Limitazioni (I Massimali di Polizza sono indicati in Euro)					Limite di indennizzo (sub - massimale)
FURTO, SCIPPO, RAPINA, INCENDIO, MANCATA RICONSEGNA DEL BAGAGLIO. La Società indennizza l'Assicurato dei danni materiali e diretti a lui derivanti da furto, incendio, rapina, scippo, mancata riconsegna da parte del vettore aereo del bagaglio personale. La garanzia è operante anche per le borse da viaggio e le valigie.	€ 1.000	€ 2.000	€ 2.500	€ 3.000	€ 3.500	La Società corrisponde l'indennizzo con il limite massimo: - per oggetto di € 250,00; - Per rimborsi relativi a Personal Computer, tale limite si intende elevato a 500,00 euro. Si specifica che tutto il materiale (purché contenuto nel bagaglio) foto-cine-ottico (macchina fotografica, videocamera, telecamera, obiettivi, flash, batterie, ecc.), il computer, i tablet e gli accessori <u>sono considerati un unico oggetto</u> ; i telefoni cellulari e gli accessori sono considerati un unico oggetto. Il massimale e i sub-massimali previsti sono ridotti del 50% nei casi di: - dimenticanza, incuria, negligenza o smarrimento da parte dell'Assicurato; - manca di idonea documentazione probante il valore del bene da indennizzare.
RITARDATA RICONSEGNA DEL BAGAGLIO. In seguito ad un ritardo (rispetto all'orario previsto di arrivo), superiore a 8 ore, nella riconsegna del bagaglio registrato da parte del vettore aereo, la Società rimborsa, nel limite del capitale assicurato: gli acquisti di articoli di prima necessità (abbigliamento e articoli per l'igiene personale);	€ 250					La Società non rimborsa le spese: - per Ritardata Riconsegna del Bagaglio sul volo di ritorno al domicilio dell'Assicurato; - sostenute dopo il ricevimento del bagaglio.

E.2 - Esclusioni (ad integrazione delle esclusioni comuni)

La Società non indennizza i danni:

a) agevolati con dolo o colpa grave dall'Assicurato o da persone delle quali deve rispondere;

b) a beni non espressamente previsti nelle definizioni quali a titolo di esempio: occhiali da sole, televisori, denaro, pietre preziose, disegni, francobolli, biglietti e documenti di viaggio, gioielli, orologi preziosi, monete, oggetti d'arte, collezioni, campionari, cataloghi, merci, alimenti, beni deperibili;

c) derivanti od imputabili a rotture e danneggiamenti;

d) verificatisi quando:

- il bagaglio non sia stato riposto nell'apposito bagagliaio del veicolo debitamente chiuso a chiave;
- il veicolo che contiene il bagaglio non sia stato parcheggiato, durante le ore notturne, dalle ore 20.00 alle ore 07.00, in una pubblica autorimessa custodita ed a pagamento;
- il furto sia avvenuto senza scasso del bagagliaio del veicolo;
- il bagaglio si trovi a bordo di motoveicoli ancorché riposto nell'apposito bagagliaio chiuso a chiave;

e) di cui non sia prodotta una copia autentica della denuncia vistata dalle Autorità del luogo ove si è verificato l'evento, contenente l'elenco dettagliato degli oggetti sottratti e/o distrutti;

f) avvenuti a seguito di furto/scippo/rapina dei singoli effetti personali, non contenuti nel bagaglio.

E.3 - Decorrenza e operatività

La garanzia "Furto, scippo, rapina, incendio, mancata riconsegna del bagaglio" decorre dal momento dell'inizio del viaggio ed è operativa fino al termine del viaggio stesso, ma non oltre la scadenza della polizza.

Le garanzie "Ritardata riconsegna del bagaglio" è operativa dal momento del primo imbarco aereo (check-in) e termina prima dell'ultimo check-in.

E.4 - Disposizioni e limitazioni

La Società determina l'indennizzo:

- a) in base al valore commerciale che avevano le cose sottratte al momento del verificarsi del sinistro. In caso di capi di vestiario acquistati durante il viaggio, il rimborso verrà effettuato al valore di acquisto, purché debitamente comprovato da idonea documentazione;
- b) in tutti i casi in cui l'Assicurato non sia in grado di fornire idonea documentazione probante il valore del bene da indennizzare, i massimali e i sub-massimali previsti saranno ridotti del 50%.

F. INFORTUNI DI VIAGGIO / INFORTUNI DI VOLO

LA PRESENTE GARANZIA E' VALIDA ED OPERANTE SOLO SE E' STATA RICHIAMATA IN FRONTESPIZIO DI POLIZZA ED E' STATO CORRISPONTO IL RELATIVO PREMIO.

F.1. - Oggetto dell'assicurazione:

INFORTUNI DI VIAGGIO	Massimali					Franchigie
	I massimali indicati devono intendersi per Assicurato, sinistro e periodo assicurativo					
Caso di morte o invalidità permanente L'assicurazione vale per gli infortuni che l'Assicurato subisca durante il viaggio di lavoro nello svolgimento: – delle attività professionali e secondarie dichiarate – di ogni altra attività che non abbia carattere professionale. La Società assicura gli infortuni (non aerei) subiti dall'Assicurato durante il periodo di viaggio, e comunicato alla Società, che, entro due anni dal giorno nel quale si sono verificati, abbiano come conseguenza diretta la morte o una invalidità permanente. La Società considera infortuni anche: ▪ Gli infortuni derivanti da uso e guida di tutti i veicoli a motore ▪ l'asfissia non di origine morbosa; ▪ gli avvelenamenti acuti da ingestione o da assorbimento di sostanze; ▪ l'annegamento; ▪ l'assideramento o il congelamento; ▪ i colpi di sole, di calore o di freddo; ▪ la folgorazione; ▪ le infezioni e gli avvelenamenti conseguenti a lesioni, morsi di animali; ▪ gli infortuni subiti in stato di malore, di incoscienza o conseguenti a colpo di sonno; ▪ gli infortuni derivanti da imperizia, imprudenza o negligenza grave; ▪ le lesioni determinate da sforzo, con esclusione degli infarti e delle ernie di ogni natura; ▪ gli infortuni derivanti da tumulti popolari o da atti di terrorismo, vandalismo, attentati, a condizione che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva.	€ 50.000	€ 100.000	€ 150.000	€ 200.000	€ 250.000	L'indennizzo per invalidità permanente si considera dovuto esclusivamente per il caso in cui il grado di invalidità permanente sia superiore a 3 punti percentuali del totale; in tal caso l'indennità verrà liquidata solo per la percentuale di invalidità permanente eccedente i 3 punti percentuali. In caso di Invalidità permanente superiore a 20 punti percentuali, l'indennità verrà liquidata integralmente senza deduzione di alcuna franchigia.
Rischio volo La Società assicura, dal momento in cui l'Assicurato entra a bordo di un aeromobile/elicottero fino al momento in cui ne è uscito, gli infortuni che lo stesso subisca quale passeggero di voli di linea e charter (esclusi aerei privati), e che entro due anni dal giorno nel quale si sono verificati, abbiano come conseguenza diretta la morte o una invalidità permanente.	€ 50.000	€ 100.000	€ 150.000	€ 200.000	€ 250.000	
€ 1.000.000 per aeromobile/elicottero						

F.2 - Decorrenza ed operatività

La garanzia decorre dal momento dell'inizio del viaggio ed è operativa fino al termine del viaggio stesso, ma non oltre la scadenza della polizza.

F.2.1 - Decorrenza ed operatività per il rischio volo

La garanzia, nel periodo identificato in polizza, opera dal momento in cui l'Assicurato entra in un aeromobile e termina al momento nel quale ne esce.

F.3 - Esclusioni (ad integrazione delle esclusioni comuni)

La Società non corrisponde l'indennizzo per gli infortuni direttamente od indirettamente conseguenti:

- a) alla guida di veicoli per i quali è prescritta una patente di categoria superiore alla B e di natanti a motore per uso non privato; la garanzia non opera qualora l'assicurato sia alla guida di un mezzo per cui è prevista una patente speciale non in possesso dell'Assicurato.
- b) avvenuti su qualsiasi mezzo che non sia considerato aeromobile ai sensi di legge come, ad esempio, gli apparecchi per il volo da diporto o sportivo (deltaplani, ultraleggeri, girocotteri, parapendio, ecc.);

- c) avvenuti su aeromobili diversi da quelli adibiti a trasporto pubblico di passeggeri, nonché su aeromobili di proprietà, affiliati od in uso ad aeroclubs;
- d) avvenuti su aeromobili operanti in violazione di disposizioni di legge, regolamenti, norme di esercizio o di aeronavigabilità, nonché su aeromobili il cui equipaggio non sia in possesso delle prescritte licenze o abilitazioni in corso di validità, quando la violazione o le irregolarità suddette siano conosciute dall'Assicurato o siano da questi conoscibili secondo la normale diligenza;
- e) avvenuti in occasione di voli effettuati per tentativi di primato, gare e competizioni di ogni genere e delle relative prove preparatorie;
- f) imputabili in tutto o in parte a dolo o colpa grave dell'Assicurato.
- g) a operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche non conseguenti ad infortunio;
- h) a tentativo di suicidio o suicidio;
- i) alla partecipazione, anche come passeggero, a competizioni sportive e relative prove con o senza l'utilizzo di veicoli a motore salvo che le stesse abbiano carattere ricreativo;
- j) ad atti di temerarietà e pratica di sport aerei e dell'aria in genere, speleologia, salti dal trampolino con sci od idrosci, sci acrobatico, sci fuoripista, alpinismo, arrampicata libera (free climbing), discese di rapide di corsi d'acqua (rafting), salti nel vuoto (bungee jumping) nonché qualsiasi sport esercitato professionalmente o che, comunque, comporti remunerazione sia diretta che indiretta;
- k) a ubriachezza, abuso di psicofarmaci, uso di stupefacenti o allucinogeni;
- l) alla sindrome da immuno deficienza acquisita (AIDS);
- m) alle ernie, eccetto quelle addominali da sforzo;
- n) agli infarti da qualsiasi causa determinati.

F.4 - Criteri di liquidazione

La Società corrisponde:

- a) l'indennizzo per la morte o l'invalidità permanente anche se si verificano successivamente alla scadenza dell'assicurazione, ma entro due anni dal giorno dell'infortunio. Resta inteso che l'infortunio deve essere denunciato alla Società al momento dell'accadimento;
- b) l'indennizzo per le sole conseguenze dirette, esclusive ed oggettivamente constatabili dell'infortunio, che siano indipendenti da condizioni fisiche o patologiche preesistenti o sopravvenute rispetto all'infortunio;
- c) l'ammontare del danno concordato direttamente con l'Assicurato o persona da lui designata. In caso di disaccordo ciascuna delle Parti può proporre che la questione venga risolta da uno o più arbitri, da nominare con apposito atto;
- d) per il caso di morte, la somma assicurata agli eredi. L'indennizzo non è cumulabile con quello per invalidità permanente. Se dopo il pagamento di un indennizzo per invalidità permanente, l'Assicurato muore in conseguenza del medesimo infortunio, la Società corrisponde ai beneficiari soltanto la differenza tra l'indennizzo per morte - se superiore - e quello già pagato per invalidità permanente;
- e) per il caso di invalidità permanente pari al 100%, il massimale previsto per tale garanzia;
- f) per il caso di invalidità permanente, l'indennizzo calcolato sulla somma assicurata in proporzione al grado di invalidità permanente che va accertato secondo i criteri e le percentuali previsti dalla Tabella INAIL, di cui al D.P.R. 30 giugno 1965 nr. 1124 e successive modifiche.
- g) la somma assicurata per il caso di morte in caso di morte presunta, qualora l'Assicurato sia scomparso a seguito di infortunio indennizzabile ai sensi di Polizza e il corpo non venga ritrovato, e si presume sia avvenuto il decesso. La liquidazione avverrà dopo che sia trascorso un anno dalla presentazione dell'istanza per la dichiarazione di morte presunta, a termini degli articoli 60 e 62 del Codice Civile. Se dopo il pagamento dell'indennizzo, è provata l'esistenza in vita dell'Assicurato, la Società ha diritto di agire nei confronti sia dei beneficiari sia dell'Assicurato stesso per la restituzione della somma corrisposta. A restituzione avvenuta, l'Assicurato potrà far valere i propri diritti per l'invalidità permanente eventualmente residua.

G. RESPONSABILITÀ CIVILE VERSO TERZI – RCT

LA PRESENTE GARANZIA E' VALIDA ED OPERANTE SOLO SE E' STATA RICHIAMATA IN FRONTESPIZIO DI POLIZZA ED E' STATO CORRISPOSTO IL RELATIVO PREMIO.

G.1 - Oggetto dell'assicurazione:

RESPONSABILITA' CIVILE VERSO TERZI – RCT	Massimali I massimali indicati devono intendersi per Assicurato, sinistro e periodo assicurativo					Franchigie
La Società risponde delle somme che l'Assicurato sia tenuto a pagare, quale civilmente responsabile ai sensi di legge, a titolo di risarcimento (capitali, interessi e spese) di danni involontariamente cagionati a terzi per morte, lesioni personali e danneggiamenti a cose e animali in conseguenza di un fatto accidentale verificatosi in viaggio relativamente a fatti della vita privata, con esclusione di ogni responsabilità inerente all'attività professionale. Sono altresì compresi in garanzia i danni derivanti: - dalla proprietà di animali domestici; - dalla proprietà ed uso di velocipedi, veicoli e natanti non a motore di lunghezza non superiore a 6.5 metri, golfcars; - pratica di sport, comprese le gare, non esercitate a livello professionistico, attività del tempo libero in genere e campeggio.	€ 50.000 Danni a persone;	€ 100.000 Danni a persone;	€ 250.000 Danni a persone;	€ 500.000 Danni a persone;	€ 750.000 Danni a persone;	Relativamente ai danni a cose ed animali l'assicurazione è prestata con l'applicazione di una franchigia di €150 per sinistro.
	€ 10.000 Danni a cose	€ 20.000 Danni a cose	€ 50.000 Danni a cose	€ 100.000 Danni a cose	€ 150.000 Danni a cose	

G.2 - In caso di sinistro

L'Assicurato o chi per esso deve:

a) darne avviso

- alla Società secondo quanto previsto in polizza. L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo (art. 1915 Cod.Civ.);
- a tutti gli assicuratori, in caso di stipulazione di più polizze sullo stesso rischio, indicando a ciascuno il nome degli altri (art. 1910 Cod. Civ.);

b) mettere a disposizione della Società tutta la documentazione utile alle indagini ed alle verifiche del caso.

G.3 - Esclusioni

Sono esclusi dall'assicurazione i danni:

a) cagionati dolosamente dall'Assicurato;

b) alle cose mobili ed immobili che l'Assicurato abbia in consegna e/o custodia a qualsiasi titolo;

c) derivanti dall'esercizio di una professione o di un'attività retribuita;

d) derivanti dalla proprietà, possesso, uso e guida di mezzi a motore in genere;

e) derivante dalla detenzione di sostanze tossiche o radioattive e da inquinamento del suolo dell'aria e dell'acqua;

f) derivanti dall'esercizio dell'attività venatoria, dell'aeromodellismo, del paracadutismo e degli sport aerei in genere;

g) derivanti dalla proprietà della casa o dell'appartamento e i relativi impianti.

G.4 - Gestione del sinistro Responsabilità Civile verso Terzi

La Società assume la gestione delle vertenze tanto in sede stragiudiziale che giudiziale, sia civile che penale, a nome dell'Assicurato, designando ove occorra, legali o tecnici ed avvalendosi di tutti i diritti ed azioni spettanti all'Assicurato stesso. L'Assicurato è tenuto a prestare la propria collaborazione per permettere la gestione delle suddette vertenze e a comparire personalmente in giudizio ove la procedura lo richieda. La Società ha il diritto di rivalersi sull'Assicurato del pregiudizio derivatole dall'inadempimento di tali obblighi. Le spese sostenute per resistere all'azione del danneggiato contro l'assicurato sono a carico della Società nei limiti del quarto della somma assicurata. Tuttavia, nel caso che sia dovuta al danneggiato una somma superiore al capitale assicurato, le spese giudiziali si ripartiscono tra Società e assicurato in proporzione del rispettivo interesse.

La Società non riconosce le spese sostenute dall'Assicurato per i legali o tecnici che non siano da essa designati e non risponde di multe o ammende né delle spese di giustizia penale.

H. TUTELA LEGALE

LA PRESENTE GARANZIA E' VALIDA ED OPERANTE SOLO SE E' STATA RICHIAMATA IN FRONTESPIZIO DI POLIZZA ED E' STATO CORRISPOSTO IL RELATIVO PREMIO.

H.1 – Estensione territoriale

- Per risarcimento di danni extracontrattuali da fatti illeciti di terzi nonché di procedimento penale l'assicurazione si estende ai casi Assicurativi che insorgano in tutto il Mondo.
- In tutte le altre ipotesi la garanzia si estende ai casi Assicurativi che insorgano e debbano essere trattati nella Repubblica Italiana, nello Stato del Vaticano e nella Repubblica di San Marino.

Sono comunque esclusi dalla copertura di Polizza gli oneri di assistenza stragiudiziale e giudiziale per violazioni di legge o lesioni di diritti verificatesi in paesi o in zone nelle quali siano in atto fatti bellici o rivoluzioni.

H.2 - Oggetto dell'assicurazione

La Società, per la gestione e la liquidazione dei sinistri accaduti nell'ambito della vita privata, fatto salvo quanto già regolamentato dall'Art. "Operatività della polizza", alle condizioni di seguito indicate e nei limiti del massimale indicato in polizza, valido per sinistro e per anno assicurativo, assicura la Tutela Legale, compresi i relativi oneri non ripetibili della controparte, occorrente all'Assicurato per la difesa dei suoi interessi in sede extragiudiziale e giudiziale, nei casi indicati in polizza.

TUTELA LEGALE	Massimali					Sub-massimali
	I massimali indicati devono intendersi per Sinistro e per Periodo assicurativo					
L'assicurazione comprende i seguenti oneri:						
– le spese per l'intervento del legale incaricato della gestione del sinistro; – le spese per mediazioni stabilite dalla Legge; – le eventuali spese del legale di controparte, in caso di transazione autorizzata dalla Società – le spese per l'intervento del Consulente Tecnico d'Ufficio, del Consulente Tecnico di Parte e di periti in genere, purché concordate con Società; – le spese processuali nel processo penale ai sensi dell'articolo 535 Codice di Procedura Penale; – il Contributo Unificato per le spese degli atti giudiziari, se non ripetuto dalla controparte in caso di soccombenza; – le spese attinenti all'esecuzione forzata limitatamente ai primi due tentativi esperiti dall'Assicurato; – le spese investigative per la ricerca e l'acquisizione di prove a difesa; – le spese per le indagini volte alla ricerca di prove a difesa e discolpa dell'Assicurato; – È garantito l'intervento di un unico legale per ogni grado di giudizio, territorialmente competente ai sensi dell'Art. H.9 - “Libera scelta del legale”.	€ 2.500	€ 5.000	€ 10.000	€ 15.000	€ 20.000	Spese per un secondo legale domiciliatario unicamente in fase giudiziale fino a € 2.500,00 . Riconosciute solo quando il distretto di Corte d'Appello nel quale viene radicato il procedimento giudiziario è diverso da quello di residenza dell'Assicurato; oneri relativi alla registrazione di atti giudiziari fino a € 500,00 .

H.3 Recesso in caso di sinistro di Tutela Legale

Dopo ogni sinistro denunciato a termini di polizza e fino al 60° giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo, le Parti, mediante lettera raccomandata, possono recedere dall'assicurazione con preavviso di 30 giorni.

In caso di recesso esercitato dalla Società, quest'ultima, entro 15 giorni dalla data di efficacia del recesso, rimborsa la parte di premio, al netto dell'imposta, relativa al periodo di rischio non corso.

H.4 – Prestazioni garantite

Gli oneri indennizzabili previsti nel presente contratto valgono per i seguenti casi:

1. L'azione in sede civile (o l'eventuale costituzione di parte civile nell'ambito di procedimenti penali) per ottenere il risarcimento di danni a persone e/o a cose subito per **fatti illeciti di terzi**;
2. L'azione in sede civile (o l'eventuale costituzione di parte civile nell'ambito di procedimenti penali) per ottenere il risarcimento di **danni che derivino da sinistri stradali** nei quali le persone assicurate siano rimaste coinvolte come pedoni oppure come conducenti di biciclette; o infine come passeggeri di qualsiasi veicolo a motore o natante;
3. la difesa in sede penale nei **procedimenti per reati colposi**. La garanzia è operante anche prima della formulazione ufficiale della notizia di reato;
4. la difesa in sede penale nei **procedimenti per reati dolosi**. purché gli Assicurati vengano prosciolti o assolti con decisione passata in giudicato o vi sia stata la derubricazione del reato da doloso a colposo (art. 530 comma 1, Cod. Proc. Pen.); sono esclusi i casi di estinzione del reato per qualsiasi altra causa. Fermo restando l'obbligo per gli Assicurati di denunciare il sinistro nel momento in cui ha inizio il procedimento penale. Restano esclusi i casi di estinzione del reato ad eccezione delle ipotesi di estinzione per remissione di querela;
5. le controversie nascenti da presunte inadempienze contrattuali, proprie o di controparte; la presente garanzia si intende prestata, per le controversie con valore in lite superiore a € 250,00 ed inferiore a € 50.000,00;

6. le controversie derivanti da contratti di locazione di immobili occupati dall'Assicurato nel corso del viaggio di lavoro;
7. la difesa in sede civile contro richieste di risarcimento di danni da **fatto illecito da parte di terzi**; tale garanzia opera esclusivamente in presenza di una Polizza di R.C. con le seguenti modalità: in caso di intervento dell'Assicuratore di R.C. tale garanzia vale solo dopo esaurimento delle spese per resistere all'azione del danneggiato a carico dell'Assicuratore di R.C.

H.5 – Esclusioni

La garanzia assicurativa Tutela Legale non riconosce le spese sostenute dall'Assicurato per :

- 1) il pagamento di multe, ammende e sanzioni in genere;
- 2) gli oneri fiscali (bollatura documenti e atti, spese di registrazione di sentenze e atti in genere,ecc.);
- 3) le spese per controversie derivanti da fatti dolosi del Contraente o dell'Assicurato;
- 4) le spese per controversie di diritto amministrativo, fiscale e tributario;
- 5) le spese liquidate a favore delle parti civili costituite contro l'Assicurato nei procedimenti penali, ai sensi dell'articolo n.541 Codice di Procedura Penale;
- 6) le spese relative a professionisti non iscritti nell'apposito albo professionale ove prescritto dalla Legge;
- 7) il pagamento di spese connesse all'esecuzione delle pene detentive ed alla custodia di cose;
- 8) le operazioni di esecuzione forzata non vengono ulteriormente garantite nel caso di due esiti negativi.

Inoltre la garanzia non è operante per le controversie:

- 1) derivanti dall'esercizio di qualsiasi attività di lavoro autonomo, dipendente, professionale o imprenditoriale
- 2) derivanti dalla circolazione di veicoli o natanti soggetti all'assicurazione obbligatoria, nonché di aeromobili, di proprietà, locati o condotti dall'Assicurato, salvo quanto previsto all'art.H.4 "Prestazioni Garantite" - punto 2);
- 3) di natura contrattuale (quali a puro titolo esemplificativo contratti di compravendita o di affitto), anche nei confronti di AXA Assistance e del Gruppo AXA, salvo quanto previsto all'art. H.4 "Prestazioni Garantite;
- 4) relative ai sinistri di inquinamento dell'ambiente, salvo che esso sia determinato da fatto accidentale;
- 5) relative ai sinistri causati da esplosione, emanazione di calore, radiazioni provenienti da trasmutazioni del nucleo dell'atomo, o in occasione di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;
- 6) per le quali sia ipotizzabile la responsabilità professionale del legale incaricato;
- 7) le controversie conseguenti a tumulti popolari, atti di vandalismo, terremoto, scioperi e serrate;
- 8) le controversie in materia di diritto di famiglia e delle successioni e delle donazioni;
- 9) le controversie relative o comunque connesse ad immobili non occupati dall'Assicurato;
- 10) le operazioni di costruzione, trasformazione, ristrutturazione immobiliare per le quali sia necessaria la concessione edilizia rilasciata dal Comune;
- 11) le controversie discendenti da altri modi di acquisto della proprietà immobiliare eccetto quelli previsti in Polizza;
- 12) le controversie relative a cariche sociali rivestite dall'Assicurato, anche a titolo gratuito, presso Enti pubblici o privati;
- 13) le controversie in materia di diritti di brevetto, marchio, autore, concorrenza sleale, i rapporti tra soci ed amministratori e le controversie derivanti da contratto di agenzia;
- 14) le controversie di valore inferiore a € 250,00
- 15) derivanti da vertenze connesse a comportamenti antisindacali (come previsto dall'art. 28 dello Statuto dei lavoratori) e da vertenze in materia di licenziamenti collettivi;
- 16) per controversie relative a contratti di leasing immobiliare, salvo quanto previsto dall'art H.4 "Prestazioni Garantite" punto 7);
- 17) derivanti da controversie per il recupero crediti;
- 18) per vertenze inerenti contratti di appalto e/o subappalto;
- 19) per contratti di compravendita di immobili;
- 20) per controversie relative a fusioni, modificazioni, trasformazioni societarie;
- 21) per controversie tra Contraente e collaboratori non dipendenti;
- 22) derivanti da controversie contrattuali con la Società;
- 23) le controversie non espressamente richiamate tra le voci dell'art.H.4 "Prestazioni Garantite".

H.6 – Soggetti assicurati

Il dipendente dell'azienda contraente di polizza, indicato in polizza come soggetto assicurato.

H.7 – Operatività della garanzia

La garanzia viene prestata per le controversie insorte durante il periodo di validità del contratto e determinate da fatti generatori altresì verificatisi nel periodo di validità dell'assicurazione e più precisamente:

a) dopo le ore 24.00 del giorno di decorrenza dell'assicurazione per i casi di responsabilità extracontrattuale o per i procedimenti penali;

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

Le vertenze promosse da o contro più persone ed aventi per oggetto domande identiche o connesse, si considerano a tutti gli effetti un unico sinistro.

In caso di imputazioni a carico di più persone assicurate e dovute al medesimo fatto, il sinistro è unico a tutti gli effetti.

Qualora coesistano una o più assicurazioni di Tutela Legale sul medesimo rischio coperto dal presente Contratto, la garanzia prevista da quest'ultima opera dopo esaurimento di quanto dovuto dalle altre assicurazioni.

H.8- Obbligo in caso di sinistro

In caso di sinistro, l'Assicurato deve:

- denunciare immediatamente e comunque entro 3 gg alla Società qualsiasi sinistro nel momento in cui si è verificato e/o ne ha avuto conoscenza. In ogni caso deve fare pervenire ad AXA Assistance, notizia di ogni atto a lui notificato, entro tre giorni dalla data della notifica stessa e comunque non oltre i 24 mesi dalla data di insorgenza della controversia.
- In ogni caso deve fare pervenire la denuncia e ogni successivo atto a lui notificato entro tre giorni dalla data della notifica stessa.
- In caso contrario l'Assicurato sarà ritenuto responsabile del maggior danno che il ritardo nella denuncia potrà comportare.

La denuncia del caso dovrà essere completa, veritiera e corredata da idonea documentazione incluso ogni mezzo di prova a disposizione e necessario per permettere alla Società di tutelare gli interessi dell'Assicurato

A titolo esemplificativo, dovranno essere forniti:

- le generalità e recapiti della controparte;
- gli estremi della controversia con l'indicazione delle pretese/contestazioni proprie e/o di controparte ed i riferimenti temporali della vicenda;
- copia della corrispondenza intercorsa;
- copia dei documenti rilevanti (contratti, fatture, ricevute, verbali, certificati, fotografie ecc.);
- dichiarazioni testimoniali corredate da copia di un documento di identità del teste;
- copia dell'informazione di garanzia o ogni altro atto notificato all'Assicurato.
- In mancanza, la Società non potrà essere ritenuta responsabile di eventuali ritardi nella valutazione della copertura assicurativa o nella gestione del caso, nonché di eventuali prescrizioni o decadenze che dovessero intervenire.

H.9 Libera scelta del legale

Qualora la controversia comporti la necessità di instaurare un procedimento giudiziale, è facoltà dell'Assicurato procedere secondo una delle due possibili alternative di seguito riportate:

1. L'Assicurato potrà scegliere liberamente il legale, cui affidare la tutela dei suoi interessi, residente nel luogo ove ha sede l'Ufficio Giudiziario competente per la controversia, indicando a IPA il relativo nominativo, contestualmente alla denuncia del sinistro.
2. L'Assicurato potrà scegliere il legale cui conferire mandato nell'ambito della rosa dei fiduciari convenzionati da IPA.

Se l'Assicurato non fornisce tale indicazione, la Società può nominare direttamente il legale.

Ove si renda necessario l'intervento di un secondo legale domiciliatario, la Società fornisce al legale incaricato il nominativo del legale domiciliatario e riconosce le relative spese di domiciliazione.

In nessun caso l'assicurato potrà dare autonomamente incarico al legale, così come nominare consulenti tecnici di parte o periti, senza aver ricevuto la preventiva autorizzazione da parte di IPA, pena l'esclusione al diritto di indennizzo.

H.10 Fornitura dei mezzi di prova e dei documenti occorrenti alla prestazione della garanzia assicurativa

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

- a) informare immediatamente IPA in modo completo e veritiero di tutti i particolari del sinistro nonché, indicare i mezzi di prova e documenti e, su richiesta, metterli a disposizione;
- b) conferire mandato al legale incaricato della tutela dei suoi interessi, previa autorizzazione ricevuta dalla IPA, nonché informarlo in modo completo e veritiero su tutti i fatti, indicare i mezzi di prova, fornire ogni possibile informazione e procurare i documenti necessari.

H.11 Gestione del sinistro

Ricevuta la denuncia del sinistro, IPA valuta se esistono i presupposti per realizzare un bonario componimento della controversia. Laddove possibile, la gestione stragiudiziale della controversia è riservata a IPA che si avvarrà, eventualmente, di legali di sua scelta.

Qualora l'Assicurato abbia già dato mandato a legali / periti, per la gestione della fase stragiudiziale, le conseguenti spese i rimarranno a suo carico.

Nel caso in cui il bonario componimento non vada a buon fine, o nei casi in cui non sia possibile esperirlo, se le pretese dell'Assicurato risultino fondate, la pratica viene trasmessa al legale scelto nei termini dell'Art. H.8 - "Obbligo in caso di sinistro" e art H.9 "Libera scelta del legale".

La garanzia assicurativa viene prestata anche per ogni grado superiore di procedimento sia civile che penale soltanto se l'impugnazione presenta possibilità di successo. IPA non è responsabile dell'operato di legali, di consulenti tecnici di parte e di periti in genere.

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

In caso di conflitto di interessi o di disaccordo in merito alla gestione dei sinistri tra l'Assicurato e la Società, fermo il diritto dell'Assicurato di adire le vie giudiziarie, scegliendo liberamente il proprio legale, con spese a suo carico, la decisione può essere demandata in via alternativa ad un arbitro che decide secondo equità, designato di comune accordo dalle Parti o, in mancanza di accordo, dal Presidente del Tribunale competente a norma del Codice di Procedura Civile. Ciascuna delle Parti contribuisce alla metà delle spese arbitrali, quale che sia l'esito dell'arbitrato.

IPA avverte l'Assicurato del suo diritto di avvalersi di tale procedura.

H.12 – Recupero delle somme

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

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

1- IN CASO DI NECESSITA'

L'Assicurato, o chi agisce in sua vece, deve contattare immediatamente la Centrale Operativa, fornendo dati anagrafici dell'Assicurato, numero di polizza collettiva ed il tipo di intervento richiesto, indicando, inoltre, per :

■ **Assistenza e Spese Mediche in Viaggio** conseguenti a ricovero ospedaliero

- recapito telefonico temporaneo;
- dati dell'Ospedale (nome e recapito telefonico, reparto di ricovero, nome del medico che ha preso in cura il paziente);
- recapito di eventuali familiari/accompagnatori in viaggio con l'Assicurato.

■ **Assistenza all'abitazione**

- indirizzo dell'abitazione assicurata;
- recapito telefonico.

2- IN CASO DI RICHIESTA DI RIMBORSO

Per ogni richiesta di rimborso, l'Assicurato o chi agisce in sua vece, deve denunciare il sinistro alla Società entro 30 giorni dal rientro, fornendo alla Società l'insieme dei documenti utili alla gestione del sinistro, ed in particolare:

- numero di polizza collettiva;
- dati anagrafici e codice fiscale del destinatario del pagamento (ai sensi della legge n.248 del 4 agosto 2006);
- nome e indirizzo della Banca, codice IBAN, codice SWIFT nel caso di conto corrente estero;
- nome del titolare del conto corrente se differente dall'intestatario della pratica;
- luogo, giorno ed ora dell'evento nonché le circostanze e le cause che lo hanno determinato.

Fornendo altresì:

■ **Rimborso Spese Mediche:**

- documentazione medica redatta in loco (cartella clinica, verbale di pronto soccorso, certificato medico riportante la diagnosi) e le relative ricevute delle spese mediche sostenute in originale.

■ **Infortuni di Viaggio:**

- luogo, giorno ed ora dell'evento;
- certificati medici attestanti l'infortunio;
- successivamente e fino a guarigione avvenuta, i certificati medici sul decorso delle lesioni.

NB : Inoltre se l'infortunio ha cagionato la morte dell'Assicurato o quando questa sopraggiunga durante il periodo di cura si deve darne immediato avviso alla Società inviando il relativo certificato di morte.

■ **Rischio Volo:**

- luogo, giorno ed ora dell'evento;
- documentazione ufficiale attestante la presenza dell'Assicurato sull'aeromobile;

TRASFERTE DI LAVORO

- certificati medici attestanti l'infortunio;
 - successivamente e fino a guarigione avvenuta, i certificati medici sul decorso delle lesioni.
- NB : Inoltre se l'infortunio ha cagionato la morte dell'Assicurato o quando questa sopraggiunga durante il periodo di cura si deve darne immediato avviso alla Società inviando il relativo certificato di morte.

■ Furto, scippo, rapina, incendio del Bagaglio:

- denuncia, in originale, presentata alla competente autorità del luogo ove si è verificato l'evento, con l'elenco dettagliato di quanto sottratto o incendiato e documentazione/prova di possesso attestante il loro valore al momento dell'evento, marca, modello, data approssimativa di acquisto.
- per il caso di furto, anche la copia del reclamo inviato all'albergatore od al vettore a cui è stato affidato il bagaglio ed eventuale lettera di rimborso o di diniego degli stessi.

■ Ritardata o Mancata riconsegna del Bagaglio da parte del vettore aereo

- rapporto di irregolarità bagaglio (Property Irregularity Report), in copia;
- biglietto aereo con l'itinerario completo del viaggio e ticket del bagaglio, in copia;
- risposta del vettore aereo attestante la data e l'ora della tardata riconsegna o il definitivo mancato ritrovamento, nonché l'importo liquidato di sua competenza;
- elenco dettagliato di quanto non riconsegnato o asportato e documentazione attestante il loro valore al momento dell'evento, marca, modello, data approssimativa di acquisto;
- scontrini di acquisto dei beni di prima necessità, in originale, con lista dettagliata degli acquisti effettuati;
- ricevuta di pagamento attestante il noleggio di passeggini o carrozzine, in copia.

■ Responsabilità Civile Terzi - RCT

- richiesta scritta della controparte con la quantificazione del danno.
- eventuali testimonianze.

■ Tutela legale

- denuncia scritta all'Autorità competente del luogo precisando le circostanze dell'evento, l'importo approssimativo del danno, indicando di essere assicurato oltre che con la Società con altre eventuali assicurazioni per lo stesso rischio.
- un elenco dei danni subiti con riferimento alla qualità, quantità, valore, marca e modello delle cose perdute o danneggiate, mettendo comunque a disposizione i suoi registri, conti, fatture, prove di possesso o qualsiasi altro documento che possa essere richiesto dalla Società o dai Periti ai fini delle loro indagini e verifiche;
- i titoli di viaggio o del soggiorno attestanti le date di inizio e fine del viaggio/soggiorno;
- prove di effrazione, fotografie e fatture di riparazione dello scasso.
- La documentazione elencata nella sezione "Tutela Legale" paragrafo H.8 "Obbligo in caso di sinistro".

3- RIFERIMENTI IMPORTANTI

SEZIONE ASSISTENZA E SPESE MEDICHE IN VIAGGIO

CENTRALE OPERATIVA 24 ore su 24
Tel. + 39 06 42115794

DENUNCIA SINISTRI TUTELA LEGALE E RICHIESTE DI RIMBORSO

L'Assicurato, o chi agisce in sua vece, dovrà denunciare il sinistro collegandosi al sito
<https://trade.axa-assistance.it>,
entrare in "Denuncia sinistro" e seguire le "Istruzioni per la denuncia".

In alternativa potrà scaricare il "Modulo di denuncia" presente nel piedino del sito <https://trade.axa-assistance.it> e spedirlo insieme alla documentazione utile a:

INTER PARTNER ASSISTANCE S.A. – Rappresentanza Generale per l'Italia
Ufficio Sinistri
Casella Postale 20133
Via Eroi di Cefalonia – 00128 Spinaceto - ROMA

RICHIESTE DI RIMBORSO

BAGAGLIO – INFORTUNI IN VIAGGIO – RIMBORSO SPESE MEDICHE - RCT
inviare la denuncia con i documenti ad essa correlati al seguente indirizzo:

INTER PARTNER ASSISTANCE S.A. – Rappresentanza Generale per l'Italia
Ufficio Sinistri

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento UE 2016/679 (relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati) si informa l' "Interessato" (cliente/contraente/aderente alla polizza collettiva/ assicurato/co-assicurato/beneficiario/loro aventi causa) di quanto segue.

AVVERTENZA PRELIMINARE

La presente Informativa viene resa dalla Compagnia assicurativa (Titolare del Trattamento) anche nell'interesse degli altri titolari del trattamento nell'ambito della c.d. « catena assicurativa », ai sensi del Provvedimento del Garante per la Protezione dei Dati Personali del 26 aprile 2007 (doc. web n. 1410057).

1. IDENTITÀ E DATI DI CONTATTO DEL TITOLARE DEL TRATTAMENTO

Inter Partner Assistance S.A. - Rappresentanza Generale per l'Italia, con sede in Roma Via Carlo Pesenti n. 121, Part. IVA 04673941003 – Cod. Fisc. 03420940151, Tel: 06/42118.1.

2. DATI DI CONTATTO DEL RESPONSABILE DELLA PROTEZIONE DEI DATI (DPO)

L'Interessato può contattare il Responsabile della Protezione dei dati (DPO - Data Protection Officer) della Compagnia assicurativa, Titolare del Trattamento dei dati, scrivendo ai seguenti contatti:

- per posta: Inter Partner Assistance S.A. - Rappresentanza Generale per l'Italia Via Carlo Pesenti n. 121 – 00156 Roma;
- per e-mail: privacy@axa-assistance.it.

3. CATEGORIE DI DATI PERSONALI OGGETTO DI TRATTAMENTO

Sono oggetto di trattamento, solo ed esclusivamente per le finalità sotto indicate, le seguenti categorie di dati personali dell'Interessato:

- a. Dati identificativi dell'Interessato, quali ad esempio a titolo esemplificativo: il nome e il cognome, il luogo e la data di nascita, la residenza anagrafica e il domicilio, estremi del documento di identificazione, il codice fiscale;
- b. Dati sensibili dell'Interessato strettamente necessari a dare esecuzione al contratto stipulato.

4. MODALITÀ DEL TRATTAMENTO

Il trattamento dei dati personali avviene mediante elaborazioni manuali o strumenti elettronici, informatici e telematici, con logiche strettamente correlate alle finalità stesse e, comunque, in modo da garantire la sicurezza e la riservatezza dei dati stessi.

5. FINALITÀ E BASE GIURIDICA DEL TRATTAMENTO

Le finalità del trattamento dei dati personali raccolti sono le seguenti:

- a) finalità strettamente connesse e strumentali all'offerta, conclusione ed esecuzione del contratto stipulato (inclusi gli eventuali rinnovi), attinenti l'esercizio sia dell'attività assicurativa e riassicurativa sia delle relative attività connesse e strumentali, cui Inter Partner Assistance S.A. - Rappresentanza Generale per l'Italia è autorizzata ai sensi delle vigenti disposizioni di legge (es: pagamento premi, gestione e liquidazione dei sinistri); finalità di redistribuzione del rischio mediante coassicurazione o riassicurazione, nonché di prevenzione, individuazione e/o perseguimento di frodi anche di natura assicurativa e relative azioni legali; finalità derivanti da obblighi di legge, da regolamenti, dalla normativa comunitaria, da disposizioni impartite da Autorità a ciò legittimate dalla legge o da organi di vigilanza e controllo;

Per le finalità di cui alla lettera a) il trattamento dei dati è da considerarsi lecito in quanto necessario per dare esecuzione al contratto di cui l'Interessato è parte (in proprio o in qualità di rappresentante di una persona giuridica) o per dare esecuzione agli adempimenti precontrattuali relativi a tale contratto. Il trattamento è altresì da considerarsi lecito in quanto l'Interessato ha espresso il proprio consenso al trattamento dei propri dati personali, anche sensibili, per le suddette finalità. Si precisa sia che senza i dati dell'Interessato non si è in grado di fornire le prestazioni, i servizi e/o i prodotti citati sia che il consenso, seppur revocabile, è presupposto necessario per lo svolgimento del rapporto contrattuale.

6. DESTINATARI/CATEGORIE DI DESTINATARI DEI DATI PERSONALI

Destinatari dei dati personali dell'Interessato sono anzitutto i dipendenti e/o collaboratori del Titolare del Trattamento, facenti parte dell'organizzazione interna, che trattano i dati raccolti esclusivamente nell'ambito delle rispettive mansioni (ad es.: ufficio sinistri, ufficio reclami, ufficio back-office, ufficio underwriting), in conformità alle istruzioni ricevute dal Titolare del Trattamento e sotto la sua autorità.

Destinatari dei dati personali dell'Interessato sono altresì le seguenti categorie di soggetti terzi, esterni alla organizzazione del Titolare del Trattamento, ai quali i dati personali possono essere comunicati. Tali soggetti agiscono in qualità di autonomi titolari del trattamento, salvo il caso in cui siano stati designati responsabili del trattamento.

Per le finalità di cui al punto 5 a) tali soggetti sono:

- a. altri soggetti del settore assicurativo (c.d. “catena assicurativa”), quali assicuratori, coassicuratori e riassicuratori, intermediari assicurativi (e relativi addetti all’attività di intermediazione);
 - b. professionisti, consulenti, studi o società operanti nell’ambito di rapporti di consulenza e assistenza professionale, quali studi legali, medici di fiducia, periti, consulenti privacy, consulenti antiriciclaggio, consulenti fiscali, consulenti/società antifrode, professionisti/società di recupero crediti, società incaricate del monitoraggio/controllo qualità dell’offerta e collocamento dei contratti di assicurazione, etc.;
 - c. soggetti che svolgono attività connesse e strumentali all’esecuzione del contratto stipulato e alla gestione e liquidazione del sinistro, quali: attività di stoccaggio, gestione, archiviazione e distruzione della documentazione dei rapporti intrattenuti con la clientela e non; attività di trasmissione, imbustamento, trasporto e smistamento delle comunicazioni alla clientela; attività di assistenza alla clientela (es.: call center, help desk); attività di offerta e collocamento a distanza di contratti di assicurazione (call center esterni); attività di gestione, liquidazione e pagamento dei sinistri; attività di back office di amministrazione delle polizze e supporto alla gestione ed incasso dei premi;
 - d. organismi associativi consortili propri del settore assicurativo (es: ANIA) o finanziario, cui il Titolare o gli altri titolari della catena assicurativa sono iscritti;
 - e. società del gruppo di appartenenza del Titolare del Trattamento o degli altri titolari della catena assicurativa (società controllanti, controllate e collegate, anche indirettamente, ai sensi delle vigenti disposizioni di legge);
 - f. altri soggetti nei cui confronti la comunicazione dei dati è obbligatoria per legge quali, a titolo esemplificativo: IVASS, Banca d’Italia - UIF (Unità d’informazione finanziaria), Agenzia delle Entrate, Magistratura, Forze dell’Ordine.
- I dati personali non sono soggetti a diffusione.

7. TRASFERIMENTO DEI DATI PERSONALI A DESTINATARI UBICATI IN PAESI TERZI

Nei casi in cui potrebbe risultare necessario trasferire i dati, anche sensibili, in un luogo al di fuori dell’Unione Europea, Inter Partner Assistance S.A. - Rappresentanza Generale per l’Italia garantisce ai dati un livello di protezione simile a quello richiesto dalla legge italiana ed europea sulla protezione dei dati ed in linea con la normativa sul trasferimento.

8. PERIODO DI CONSERVAZIONE DEI DATI PERSONALI

I dati personali saranno conservati per tutto il tempo necessario per le finalità indicate in precedenza e nel rispetto delle normativa vigente. Alcuni dati personali saranno conservati anche successivamente alla fine del rapporto contrattuale, in particolare al fine di risolvere eventuali controversie e per procedimenti legali in corso o futuri, mantenere registrazioni dei nostri servizi, e in ogni caso tutelare diritti innanzi all’Autorità Giudiziaria ed in ogni altra sede giurisdizionale o extra giudiziale. I dati personali saranno trattati in sicurezza, confidenzialità, e saranno mantenuti accurati ed aggiornati per il periodo di durata di utilizzo qui autorizzato. Alla fine del periodo di conservazione, i dati personali saranno resi anonimi o distrutti.

9. DIRITTI DELL’INTERESSATO

L’Interessato in merito ai dati personali ha il diritto di chiedere al Titolare del Trattamento:

- a. l’accesso;
- b. la rettifica;
- c. la cancellazione;
- d. la limitazione del trattamento.

L’Interessato ha altresì i seguenti diritti nei confronti del Titolare del Trattamento:

- e. diritto di opporsi al trattamento dei dati personali;
- f. diritto alla portabilità dei dati che lo riguardano. Per “diritto alla portabilità” si intende il diritto di ricevere in un formato strutturato, di uso comune e leggibile da dispositivo automatico, i dati personali forniti al Titolare del Trattamento, nonché il diritto di trasmettere tali dati a un altro titolare del trattamento senza impedimenti da parte del Titolare del Trattamento cui li ha forniti;
- g. diritto di revocare il consenso in qualsiasi momento senza pregiudicare la liceità del trattamento basata sul consenso prima della revoca.

L’Interessato ha, infine, il seguente diritto:

- h. diritto di proporre reclamo al Garante per la Protezione dei dati Personali per lamentare una violazione della disciplina in materia di protezione dei dati personali. Il reclamo potrà pervenire al Garante utilizzando la modalità che ritiene più opportuna, consegnandolo a mano presso gli uffici del Garante (all’indirizzo di seguito indicato) o mediante l’inoltro di:
 1. raccomandata A/R indirizzata a: *Garante per la protezione dei dati personali - Piazza di Monte Citorio, 121 - 00186 Roma*;
 2. all’indirizzo e-mail: garante@gpdp.it, oppure posta certificata: protocollo@pec.gpdp.it;
 3. fax al numero: 06/696773785.

10. FONTE DA CUI HANNO ORIGINE I DATI PERSONALI

Il Titolare del Trattamento ottiene i dati personali raccogliendoli direttamente presso l'Interessato oppure presso i propri addetti (interni ed esterni) all'attività di intermediazione assicurativa od outsourcer che entrano in contatto con l'Interessato (i quali agiscono in qualità di responsabili esterni del trattamento dati).

11. INFORMAZIONI SU PROCESSI DECISIONALI AUTOMATIZZATI E PROFILAZIONI

I dati personali raccolti non sono oggetto di processi decisionali automatizzati, né sono oggetto di profilazione. La nostra policy sui cookie, presente sui nostri siti internet, fornisce informazioni circa i termini di utilizzo dei cookie. Durante il primo accesso al sito del Titolare del Trattamento sarà richiesto di prestare il consenso all'utilizzo dei cookie secondo quanto previsto nella relativa policy raggiungibile tramite link presente sulla homepage.

12. DATI DEI MINORI

Alcune informazioni sui minori possono essere raccolte e utilizzate dal Titolare del Trattamento in relazione alla sottoscrizione del contratto o all'erogazione del servizio.



Welfare Aziende

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

PRIMA DELLA SOTTOSCRIZIONE LEGGERE ATTENTAMENTE IL SET INFORMATIVO



contratto di assicurazione
sanitaria ed infortuni

edizione gennaio 2019

AXA Assicurazioni S.p.A.



Welfare Aziende

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

PRIMA DELLA SOTTOSCRIZIONE LEGGERE ATTENTAMENTE IL SET INFORMATIVO

**contratto di assicurazione
sanitaria ed infortuni**

edizione gennaio 2019

AXA Assicurazioni S.p.A. - Sede Legale e Direzione Generale: Corso Como 17, 20154 Milano - Italia
Tel. (+39) 02 480841 - Fax (+39) 02 48084331 - PEC: axaassicurazioni@axa.legalmail.it

Capitale Sociale € 211.168.625 interamente versato - Ufficio del Registro delle Imprese di Milano C. F. n. 00902170018 - P. I.V.A. GRUPPO IVA AXA ITALIA n. 10534960967 -
Numero R.E.A. della C.C.I.A.A. di Milano n. 1576311 - Direzione e coordinamento di AXA MEDITERRANEAN HOLDING SAU ai sensi dell'art. 2497 bis C.C. - Iscrizione Albo Imprese IVASS n. 1.00025 -
Capogruppo del gruppo assicurativo AXA ITALIA iscritto all'Albo Gruppi IVASS con il n. 041 - Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con Decreto del Ministero dell'Industria,
del commercio e dell'artigianato del 31 dicembre 1935 - (Gazzetta Ufficiale del 9 aprile 1936 n. 83)

AREA CLIENTI

L'Area Clienti di AXA è uno spazio dove potrai consultare la tua posizione assicurativa ovunque tu sia

Registrarsi è facile: bastano – codice fiscale e numero di polizza – per consultare:



Le tue **coperture assicurative** in essere.



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 nostro sito www.axa.it oppure contattaci direttamente:

☒ Modulo di richiesta online su www.axa.it, sezione Contattaci



**My AXA è la nuova App dedicata
a tutti i nostri clienti.
Inquadra il QR Code e scarica
l'App da Play Store e App Store!**



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



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

Aborto terapeutico:	interruzione volontaria della gravidanza provocata da determinati trattamenti medici al fine di preservare la salute della madre o di evitare lo sviluppo di un feto segnato da malformazioni o gravi patologie, effettuata nel rispetto di quanto disposto dalla legge italiana.
Adesione:	copertura assicurativa per singoli dipendenti e non per intera categoria omogenea.
Assicurato:	il soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione. Ad esso deve essere consegnata copia delle Condizioni di Assicurazione. Nel caso di polizza stipulata tramite Cassa di Assistenza AXA l'Assicurato coincide con il "Socio Beneficiario".
Assicurazione:	il contratto di assicurazione.
Assistenza Infermieristica:	l'assistenza prestata da personale in possesso di specifica qualifica (diploma di infermiere).
AXA:	AXA Assicurazioni S.p.A.
AXA Assistance:	INTER PARTNER ASSISTANCE S.A. - Rappresentanza Generale per l'Italia - Via Carlo Pesenti, 121 - 00156 Roma.
Cartella Clinica:	documento ufficiale avente la natura di atto pubblico, redatto durante la degenza, diurna o con pernottamento in istituto di cura, contenente le generalità del paziente per esteso, diagnosi di ingresso e dimissione, anamnesi patologica remota e prossima, interventi chirurgici eseguiti, terapie effettuate, esami e diario clinico, la Scheda di Dimissione Ospedaliera (S.D.O.).
Cassa di Assistenza AXA:	Associazione avente esclusivamente fine assistenziale costituita su iniziativa di AXA Assicurazioni S.p.A.. La Cassa ha sede in Milano, Corso Como, 17.
Centro medico:	struttura dotata di direzione sanitaria, regolarmente autorizzata come da normativa vigente all'erogazione di prestazioni sanitarie diagnostiche o terapeutiche (esami diagnostici strumentali, analisi di laboratorio, utilizzo di apparecchiature elettromedicali, trattamenti fisioterapici e rieducativi). Tale struttura può anche non essere adibita al ricovero, e non deve essere finalizzata a trattamenti di natura estetica.
Chirurgia bariatrica:	detta anche "chirurgia dell'obesità". Interventi chirurgici aventi la finalità di ridurre l'assunzione di cibo attraverso la diminuzione della capacità gastrica (interventi restrittivi) o della capacità di assorbimento dei cibi da parte dell'intestino (interventi malassorbitivi).
Contraente:	il soggetto che stipula l'assicurazione. In caso di sottoscrizione della polizza tramite Cassa di Assistenza AXA, il contraente si intenderà la Cassa di Assistenza AXA stessa; in caso di sottoscrizione senza l'ausilio della Cassa di Assistenza AXA, il contraente si intenderà l'azienda.
Convalescenza:	periodo di tempo successivo alla dimissione dall'istituto di cura, necessario per la guarigione clinica, ovvero per la stabilizzazione dei postumi.
Day Hospital:	degenza in istituto di cura senza pernottamento non comportante intervento chirurgico, con redazione di cartella clinica completa di Scheda di dimissione ospedaliera S.D.O. Non è considerato Day hospital la permanenza in Istituto di Cura presso il Pronto Soccorso.
Day Surgery:	degenza in istituto di cura senza pernottamento e comportante intervento chirurgico terapeutico, con redazione di cartella clinica completa di Scheda di dimissione ospedaliera S.D.O. Non è considerato Day surgery la permanenza in Istituto di Cura presso il Pronto Soccorso.
Difetti fisici:	la mancanza o l'imperfezione non presenti alla nascita, di un organo o di un apparato anche se non note o non diagnosticate alla stipula della polizza.
Evento (sez. malattia):	Prestazioni Ospedaliere: il singolo ricovero (ad eccezione per i ricoveri ravvicinati dell'Art. 33, punto 7), day hospital/day surgery o intervento chirurgico ambulatoriale. La data dell'evento è quella in cui si è verificato il ricovero, day hospital/day surgery o l'intervento chirurgico ambulatoriale. Prestazioni Extraospedaliere: l'insieme di tutti gli accertamenti, le visite e gli esami riguardanti la stessa patologia, inviati contemporaneamente relativi alla stessa garanzia. La data dell'evento è quella della prima prestazione sanitaria erogata relativa allo specifico evento.

Forma diretta:	modalità di liquidazione della prestazione da parte di AXA all'Istituto di Cura appartenente al Network, preventivamente autorizzate dalla Struttura Operativa, senza preventivo esborso di denaro da parte dell'assicurato, ad eccezione di prestazioni non autorizzate e limiti previsti dalla propria copertura assicurativa.
Forma indiretta/ rimborso:	modalità di liquidazione della prestazione da parte di AXA con rimborso all'Assicurato.
Franchigia:	la parte di indennizzo espressa in cifra fissa che rimane a carico dell'Assicurato.
Franchigia relativa:	somma che rimane a carico dell'assicurato solo quando l'indennizzo è pari o inferiore alla franchigia.
Gessatura:	ogni mezzo di contenzione rigido costituito da fasce gessate od altro apparecchio di contenimento comunque immobilizzante prescritto da personale medico. Sono compresi i bendaggi elastici anche se adesivi limitatamente al trattamento o riduzione di una frattura radiograficamente accertata.
Grande intervento Chirurgico:	l'intervento terapeutico mediante uso di strumenti chirurgici, rientrante nell'Elenco dei grandi interventi chirurgici.
Indennità sostitutiva:	importo giornaliero erogato dalla Società in caso di ricovero o day hospital/day surgery, corrisposto in assenza di richiesta di rimborso delle spese sostenute per le prestazioni effettuate durante il ricovero o il day hospital/day surgery stesso.
Indennizzo:	la somma dovuta da AXA in caso di sinistro.
Infortunio:	ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili.
Intervento chirurgico:	atto medico, avente una diretta finalità terapeutica, effettuato tramite una cruentazione dei tessuti ovvero mediante l'utilizzo di sorgenti di energia meccanica, termica o luminosa.
Intervento Chirurgico Ambulatoriale:	intervento di piccola chirurgia non in regime di ricovero, effettuato da medico chirurgo presso Istituto di Cura, Centro Medico o studio medico chirurgico.
Invalidità permanente:	l'incapacità fisica definitiva e irrimediabile dell'assicurato a svolgere, in tutto o in parte, qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla professione esercitata.
IPA:	INTER PARTNER ASSISTANCE S.A. - Rappresentanza Generale per l'Italia - Via Carlo Pesenti, 121 - 00156 Roma.
Istituto di cura:	ospedale, clinica, casa di cura o istituto universitario, regolarmente autorizzati, in base ai requisiti di legge e delle competenti Autorità, all'erogazione dell'assistenza ospedaliera, anche in regime di degenza diurna. Sono comunque esclusi gli stabilimenti termali, le case di convalescenza o di lungodegenza e di soggiorno e le cliniche aventi finalità dietologiche, estetiche e di benessere. Si intendono quali ricoveri per lunga degenza quelli determinati da condizioni fisiche dell'Assicurato che non consentono più il miglioramento delle condizioni di salute con trattamenti medici finalizzati al trattamento della patologia principale e che rendono necessaria la permanenza in Istituto di cura per interventi di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento.
IVASS:	istituto per la vigilanza sulle Assicurazioni, denominazione assunta da ISVAP dal 1 gennaio 2013.
Malattia:	ogni alterazione clinicamente diagnosticabile dello stato di salute non dipendente da infortunio. La gravidanza non è considerata malattia.
Malformazione:	deviazione dal normale assetto morfologico di un organismo o di parti di suoi organi per condizioni morbose congenite.
Manifestazione:	sintomatologia oggettiva della malattia.
Massimale:	la somma fino alla concorrenza della quale, per ciascun anno assicurativo, AXA presta la garanzia. Qualora non diversamente indicato in polizza, si intende applicato per nucleo familiare.
Nucleo familiare:	il coniuge (fiscalmente a carico e non) se non legalmente separato, il convivente more uxorio, definendo per tale il convivente non coniugato del dipendente che abbia analoga residenza: i figli fiscalmente a carico, anche se non conviventi; i figli fiscalmente non a carico purché conviventi (fino al 26° anno di età).

Osteosintesi:	l'intervento chirurgico con il quale si uniscono e rendono stabili due o più frammenti di osso impiegando mezzi metallici (chiodi, viti, placche o fili).
Parti:	il Contraente ed AXA.
Polizza:	il documento che prova l'assicurazione.
Premio:	la somma dovuta dal Contraente ad AXA.
Questionario Sanitario:	Documento contenente le informazioni sullo stato di salute dell'Assicurato, compilato e sottoscritto dal medesimo o dalla persona che esercita la potestà, che costituisce parte integrante della polizza.
RAL:	per Retribuzione Annua Lorda complessiva si intende quella presa a base per il calcolo del TFR.
Ricovero:	la degenza, comportante almeno un pernottamento, in istituto di cura, documentato da una Cartella Clinica e da una S.D.O. (Scheda di Dimissione Ospedaliera).
Rischio:	la probabilità che si verifichi il sinistro.
Rottura sottocutanea di tendini:	la rottura dei tendini senza lesione dei tessuti sovrastanti.
Scoperto:	quota parte delle spese sostenute, espressa in percentuale, che rimane a carico dell'Assicurato.
Sforzo:	l'impiego improvviso e anomalo di energie muscolari straordinarie per far fronte ad un evento eccezionale ed inaspettato.
Sinistro:	il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata l'assicurazione.
Società:	AXA Assicurazioni S.p.A.
Socio Beneficiario:	beneficiario delle prestazioni di polizza, come stabilito dagli obblighi del Socio Ordinario, formalizzati secondo la legge vigente; viene indicato nel simbo di polizza.
Socio Ordinario:	l'azienda che ha degli obblighi formalizzati, secondo la normativa vigente, nei confronti dei propri dipendenti (Soci Beneficiari); viene indicato nel simbo di polizza.
SSN:	Servizio Sanitario Nazionale
Termini di carenza:	il periodo successivo alla data d'effetto dell'assicurazione durante il quale non è operante la copertura.
Trattamenti fisioterapici:	prestazioni di medicina fisica e riabilitativa eseguiti da medico o da professionista fornito di laurea in fisioterapia o titolo equivalente riconosciuto in Italia, tese a rendere possibile il recupero delle funzioni di uno o più organi o apparati colpiti da malattia o infortunio indennizzabili a termine di polizza. Dalla presente copertura dovranno, in ogni caso, ritenersi escluse tutte le prestazioni finalizzate al trattamento di problematiche di natura estetica, nonché le prestazioni eseguite con strumenti il cui utilizzo preminente avvenga nell'ambito della medicina estetica. Ogni ciclo di trattamenti fisioterapici e rieducativi deve essere prescritto da medico specialista la cui specializzazione sia congrua con la patologia certificata.
Ubriachezza:	la presenza di tasso alcolemico pari o superiore a 0,8 grammi/litro.
Visita specialistica:	visita effettuata da medico fornito di specializzazione, per diagnosi e prescrizioni di terapie cui tale specializzazione si riferisce. Sono ammesse esclusivamente le visite di medicina tradizionale, con esclusione di quelle effettuate da medici praticanti le medicine alternative. Sono altresì escluse le specializzazioni in Medicina Generale e Pediatria di routine.

Welfare Aziende

Condizioni di Assicurazione

**contratto di assicurazione
sanitaria ed infortuni**

edizione gennaio 2019

PAGINA BIANCA

Garanzie ricovero

(operanti solo se previste in polizza)

Art. 1] Ricoveri, interventi e day hospital

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

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

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

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

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

- c) onorari del chirurgo, del personale medico di supporto all'intervento, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento, diritti di sala operatoria e materiale di intervento (ivi compresi gli apparecchi terapeutici e le endoprotesi applicati durante l'intervento);
- d) assistenza medica ed infermieristica, cure, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali, visite specialistiche, accertamenti diagnostici, esami ed analisi di laboratorio;
- e) rette di degenza senza alcuna limitazione giornaliera per i ricoveri effettuati in forma diretta (deve essere compresa sia la struttura sanitaria che l'equipe medica); **fino a € 300,00** per tutti gli altri ricoveri effettuati non in forma diretta. Non sono mai ricomprese le spese voluttuarie. Nel caso in cui sia assicurata la sola categoria "Amministratori" con massimale per ricoveri, interventi e day hospital a 5.000.000€, le rette di degenze sono prestate senza alcuna limitazione giornaliera.

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

- f) rette per vitto e pernottamento nell'istituto di cura di un accompagnatore **fino a € 100,00** al giorno con il **massimo di 40 giorni**. Nel caso in cui sia assicurata la sola categoria "Amministratori" con massimale per ricoveri, interventi e day hospital a 5.000.000€, le rette di per vitto e pernottamento di un accompagnatore sono prestate senza alcuna limitazione giornaliera.
- 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'espanto di organi o parti di essi se l'Assicurato è donatore vivente;
- h) trasporto dell'Assicurato con mezzo sanitariamente attrezzato, idoneo secondo la gravità del caso, per il trasferimento da un istituto di cura ad un altro;
- i) cure dentarie e applicazione di protesi dentarie (comprese il costo di quest'ultime) rese necessarie a seguito di neoplasie o infortunio documentato da referto di pronto soccorso o di ricovero. Relativamente al costo delle protesi dentarie in caso di neoplasie benigne o di infortunio, la garanzia è prestata:
 - **fino a concorrenza di € 5.000,00** per anno assicurativo;
 - **fino a concorrenza di € 8.000,00** per anno assicurativo e col limite di **€ 5.000 per persona** quando assicurata la sola categoria amministratori con massimale per ricoveri, interventi e day hospital a 5.000.000€;
- 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.

Condizioni di Assicurazione

Norme che regolano l'assicurazione – Sezione malattia

Qualora l'Assicurato non abbia richiesto ad AXA alcun rimborso relativo a spese “Durante il ricovero con/senza intervento” o “Durante il day hospital/day surgery”, AXA corrisponde, per ogni giorno di ricovero un'**indennità sostitutiva** pari a **€ 140,00 al giorno** e per ogni giorno di day hospital/day surgery, un'**indennità sostitutiva** pari a **€ 70,00 al giorno, per il massimo di 120 giorni per anno assicurativo**.

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

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

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

- k) trasporto dell'Assicurato con mezzo sanitariamente attrezzato, idoneo secondo la gravità del caso, per il rientro al domicilio al momento della dimissione;
- l) visite specialistiche, accertamenti diagnostici (compresi gli onorari medici), esami ed analisi di laboratorio, prestazioni mediche, chirurgiche, prestazioni infermieristiche, medicinali, trattamenti fisioterapici o rieducativi, cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera) effettuati nei 120 giorni successivi (entro i limiti riportati in polizza) alla cessazione del ricovero con/senza intervento, alla data del day hospital/day surgery o dell'intervento chirurgico ambulatoriale purché inerenti la malattia o l'infortunio che hanno determinato il ricovero o intervento chirurgico.
I trattamenti fisioterapici e rieducativi nonché le cure termali verranno rimborsati solo in caso di ricovero con/senza intervento o day surgery o intervento chirurgico ambulatoriale;
- m) acquisto o noleggio, **fino ad un massimo di € 550,00** per anno assicurativo, effettuati nei **120 giorni** successivi alla cessazione del ricovero con/senza intervento, alla data del day surgery o dell'intervento chirurgico ambulatoriale, purché inerenti la malattia o l'infortunio che hanno determinato il ricovero o l'intervento chirurgico:
 - di stampelle, carrozzine, corsetti, tutori e materasso antidecubito;
 - di apparecchi protesici (comprese le protesi acustiche, esclusi occhiali e lenti a contatto); di parrucca a seguito di terapie chemioterapiche;
 - di apparecchiature fisioterapiche purché prescritte da medico specialista.

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

1.4 Limiti d'indennizzo

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

- **parto fisiologico fino a € 3.000,00 (senza applicazione di scoperti o franchigie).**
- **parto con taglio cesareo e per l'aborto terapeutico fino a € 6.500,00 (senza applicazione di scoperti o franchigie).**

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

- **chirurgia refrattiva fino a € 1.500,00 per occhio (senza applicazione di scoperti o franchigie): la copertura è estesa all'intervento chirurgico per miopia, astigmatismo e ipermetropia purché conseguente a riduzione del visus di almeno 4 diottrie;**
- **le prestazioni relative al trasporto dell'Assicurato indicate nei punti b) h) k) sono operanti con il limite di € 3.000,00 (senza applicazione di scoperti o franchigie).** Il predetto limite di € 3.000,00 non si applica agli amministratori quando unica categoria assicurata con massimale per ricoveri, interventi e day hospital a 5.000.000€;
- **€ 6.500,00 per ernie (salvo quelle discali), appendiciti, varici ed emorroidi;**
- **€ 12.000,00 per ernie discali.**

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

1.5 Scoperto

Fermi i limiti di indennizzo previsti, il rimborso delle spese, relative alle prestazioni contenute dalla lettera a) alla lettera m) del presente articolo, sarà effettuato con l'applicazione di uno scoperto del 20% e con un minimo di € 1.600,00. Tale scoperto non si applica:

- alle spese sostenute, previa autorizzazione della Centrale Operativa, presso strutture e medici convenzionati e anche nel caso di sinistri relativi agli eventi compresi al punto 1.4 “Limiti d'indennizzo” – **“Ricoveri, interventi e day hospital”;**
- alle spese sostenute nell'ambito dell'opzione massimale di € 5.000.000 per la sola categoria amministratori.

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

1.6 Per la sola Opzione con massimale di € 100.000,00

Nel caso la garanzia sia valida nella forma con massimale di € 100.000,00, non sono operanti le prestazioni indicate nei punti a) b) k) l) m). Il limite giornaliero per le rette di degenza (punto e) per ricoveri effettuati non in forma diretta è € 200,00. Non sono mai comprese le spese voluttuarie.

Qualora l'Assicurato non abbia richiesto ad AXA alcun rimborso relativo a spese "Durante il ricovero con/senza intervento" o "Durante il day hospital/day surgery", a parziale deroga di quanto indicato al punto 1.2, l'indennità sostitutiva sarà operante con i seguenti importi: per ogni giorno di ricovero sarà corrisposta **un'indennità sostitutiva pari a € 100,00 al giorno** e per ogni giorno di day hospital/day surgery, **un'indennità sostitutiva pari a € 50,00 al giorno, per il massimo di 120 giorni per anno assicurativo.**

A parziale deroga di quanto indicato nel punto 1.4 – "L'imiti di indennizzo" il limite di indennizzo per il parto fisiologico sarà € 1.000,00 (senza applicazione di scoperti o franchigie) e per il parto con taglio cesareo e per l'aborto terapeutico il limite di indennizzo sarà € 2.000,00 (senza applicazione di scoperti o franchigie).

Fermi i limiti di indennizzo previsti, il rimborso delle spese, relative alle prestazioni contenute dalla lettera c) alla lettera j) del presente articolo, sarà effettuato con l'applicazione di uno scoperto del 20% e con un minimo di € 1.600,00 sia in forma diretta che indiretta.

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

Art. 2| Grandi interventi chirurgici

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

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

2.1 PRIMA del ricovero per grande intervento chirurgico:

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

2.2 DURANTE il ricovero per grande intervento chirurgico:

- c) onorari del chirurgo, del personale medico di supporto all'intervento, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento, diritti di sala operatoria e materiale di intervento (ivi compresi gli apparecchi terapeutici e le endoprotesi applicati durante l'intervento);
- d) assistenza medica ed infermieristica, cure, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali, visite specialistiche, accertamenti diagnostici, esami ed analisi di laboratorio;
- e) rette di degenza senza alcuna limitazione giornaliera per i ricoveri effettuati in forma diretta (deve essere compresa sia la struttura sanitaria che l'equipe medica); **fino a € 300,00** per tutti gli altri ricoveri effettuati non in forma diretta. Non sono mai ricomprese le spese voluttuarie. Nel caso in cui sia assicurata la sola categoria "Amministratori" con massimale per ricoveri, interventi e day hospital a 5.000.000€, le rette di degenze sono prestate senza alcuna limitazione giornaliera.
La retta di degenza verrà rimborsata solo in caso di ricovero con intervento o day surgery;
- f) rette per vitto e pernottamento nell'istituto di cura di un accompagnatore **fino a € 100,00 al giorno con il massimo di 40 giorni**; Nel caso in cui sia assicurata la sola categoria "Amministratori" con massimale per ricoveri, interventi e day hospital a 5.000.000, le rette di per vitto e pernottamento di un accompagnatore sono prestate senza alcuna limitazione giornaliera.
- g) prestazioni di cui ai punti precedenti relative al ricovero del donatore per il prelievo, trasporto di organi o parti di essi se l'Assicurato è ricevente, oppure sostenute per l'espianto di organi o parti di essi se l'Assicurato è donatore vivente;
- h) trasporto dell'Assicurato con mezzo sanitariamente attrezzato, idoneo secondo la gravità del caso, per il trasferimento da un istituto di cura ad un altro;
- i) cure dentarie e applicazione di protesi dentarie (comprese il costo di quest'ultime) rese necessarie a seguito di neoplasie o infortunio documentato da referto di pronto soccorso o di ricovero. Relativamente al costo delle protesi dentarie in caso di neoplasie benigne o di infortunio, la

Condizioni di Assicurazione

Norme che regolano l'assicurazione – Sezione malattia

garanzia è prestata:

- **fino a concorrenza di € 5.000,00** per anno assicurativo;
- **fino a concorrenza di € 8.000,00** per anno assicurativo e col **limite di € 5.000 per persona** (limiti validi solo per gli amministratori quando unica categoria assicurata con massimale per ricoveri, interventi e day hospital a 5.000.000€);

Qualora l'Assicurato non abbia richiesto ad AXA alcun rimborso relativo a spese “Durante il ricovero con intervento” o “Durante il day surgery”, AXA corrisponde, per ogni giorno di ricovero un'**indennità sostitutiva** pari a **€ 200,00 al giorno** e per ogni giorno di day surgery, un'**indennità sostitutiva** pari a **€ 100,00 al giorno, per il massimo di 120 giorni per anno assicurativo**.

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

2.3 DOPO il ricovero per grande intervento chirurgico:

- k) trasporto dell'Assicurato con mezzo sanitariamente attrezzato, idoneo secondo la gravità del caso, per il rientro al domicilio al momento della dimissione;
- l) visite specialistiche, accertamenti diagnostici (compresi gli onorari medici), esami ed analisi di laboratorio, prestazioni mediche, chirurgiche, prestazioni infermieristiche, medicinali, trattamenti fisioterapici o rieducativi, cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera) effettuati nei 120 giorni successivi (entro i limiti riportati in polizza) alla cessazione del ricovero con intervento, alla data del day surgery o dell'intervento chirurgico ambulatoriale purché inerenti la malattia o l'infortunio che hanno determinato il ricovero o intervento chirurgico.
- m) acquisto o noleggio, **fino ad un massimo di € 550,00** per anno assicurativo, effettuati nei **120 giorni** successivi alla cessazione del ricovero con intervento, alla data del day surgery o dell'intervento chirurgico ambulatoriale, purché inerenti la malattia o l'infortunio che hanno determinato il ricovero o l'intervento chirurgico:
 - di stampelle, carrozzine, corsetti, tutori e materasso antidecubito;
 - di apparecchi protesici (comprese le protesi acustiche, esclusi occhiali e lenti a contatto); di parrucca a seguito di terapie chemioterapiche;
 - di apparecchiature fisioterapiche purché prescritte da medico specialista.

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

2.4 Limiti d'indennizzo

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

- **le prestazioni relative al trasporto dell'Assicurato indicate nei punti b) h) k) sono operanti con il limite di € 3.000,00 (senza applicazione di scoperti o franchigie). Il predetto limite non si applica agli amministratori quando unica categoria assicurata con massimale per ricoveri, interventi e day hospital a 5.000.000€.**

Fermi i limiti di indennizzo previsti, il rimborso delle spese sarà effettuato senza l'applicazione di scoperti e minimi sia presso strutture e medici convenzionati sia fuori dal convenzionamento.

Condizioni di Assicurazione

Norme che regolano l'assicurazione – Sezione malattia

Garanzie extra-ricovero

(operanti solo se previste in polizza)

Art. 3| Alta specializzazione

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

- a) le spese per prestazioni sanitarie prescritte da medico curante o da medico specialista e dovranno essere congrui con la patologia certificata, rese necessarie da malattia o infortunio, di seguito riportate:
- Ago aspirato con ago sottile
 - Angiografia (flebografia, arteriografia, angiopnografia, 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 (Ecocardioppler, Ecocardiogramma mono/bilaterale più color doppler)
 - Ecotomografia vascolare (Doppler - Eco Color Doppler)
 - EEG Mapping (Mapping del cervello)
 - Elettrocardiogramma dinamico (Holter ECG)
 - Elettromiografia (EMG) o Elettroencefalografia (ENG)
 - Elettroretinografia
 - Fluorangiografia oculare
 - Laparoscopia, Rettoscopia, Esofago gastroduodenoscopia, Pancolonscopia
 - Mielografia
 - Mineralogia Ossea Computerizzata (M.O.C.)
 - Monitoraggio pressione arteriosa 24 ore (Holter pressorio)
 - Polisonnografia
 - 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.)
- b) terapie ambulatoriali rese necessarie da neoplasie.

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

Qualora l'Assicurato, previa autorizzazione della Centrale Operativa, si rivolga ad un istituto di cura o centro diagnostico convenzionato con AXA, verrà applicato a carico dell'Assicurato uno scoperto del **10%** con il minimo di **€ 25,00**.

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

Art. 4| Visite ed accertamenti

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

- a) onorari medici per visite specialistiche, prescritte da medico curante o da medico specialista ed effettuate dal medico la cui specializzazione dovrà essere congrua con la patologia certificata, con esclusione di quelle pediatriche di controllo e di quelle odontoiatriche e ortodontiche non rese necessarie da infortunio;

Condizioni di Assicurazione

Norme che regolano l'assicurazione – Sezione malattia

- b) onorari medici per visite specialistiche rese necessarie da infortunio. Le cure odontoiatriche e ortodontiche sono comprese purché l'infortunio sia comprovato da referto di Pronto Soccorso. Sono comunque escluse le protesi dentarie;
- c) accertamenti diagnostici, esami ed analisi di laboratorio prescritti dal medico curante o da medico specialista e dovranno essere congrui con la patologia certificata, con esclusione di quelli elencati all'Art. 3 "Alta specializzazione" punto a);

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

- l'insieme delle visite mediche inviate contemporaneamente relative alla stessa patologia;
- ogni serie di accertamenti diagnostici o ogni ciclo di cure dentarie relative alla stessa patologia.

Qualora l'Assicurato, previa autorizzazione della Centrale Operativa, si rivolga ad un istituto di cura o centro diagnostico convenzionato con AXA, verrà applicato a carico dell'Assicurato uno scoperto del **10%** con il minimo di **€ 25,00**.

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

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

AXA rimborsa all'Assicurato, **fino alla concorrenza del massimale indicato in polizza per nucleo e per anno assicurativo** le spese sostenute per trattamenti fisioterapici/riabilitativi resi necessari da malattia e infortunio, prescritti da medico specialista, la cui specializzazione sia congrua con la patologia certificata.

In caso d'infortunio lo stesso deve essere documentato da referto di Pronto Soccorso.

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

Qualora l'Assicurato, previa autorizzazione della Centrale Operativa, si rivolga ad un istituto di cura o centro diagnostico convenzionato con AXA, verrà applicato a carico dell'Assicurato uno scoperto del **10%** con il minimo di **€ 25,00** per ogni ciclo di trattamenti previsti da un'unica prescrizione medica.

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

Art. 6| Cure odontoiatriche (rese necessarie da malattia)

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

Il rimborso di quanto previsto al presente articolo viene effettuato fino alla concorrenza dei massimali previsti dall'opzione prescelta dall'Azienda e con l'applicazione di una franchigia per fattura.

Le opzioni previste dalla presente garanzia sono:

Massimale	Condizioni
€ 300,00	Franchigia € 50,00 per fattura
€ 600,00	Franchigia € 100,00 per fattura
€ 1.000,00	Franchigia € 150,00 per fattura
€ 2.000,00	Franchigia € 150,00 per fattura
€ 3.000,00	Franchigia € 150,00 per fattura

Per tutte le prestazioni, nel caso in cui l'Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, AXA rimborsa integralmente i ticket sanitari nel limite dei massimali assicurati.

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

- Conservativa: si occupa della prevenzione, delle ricostruzioni esteriori dei denti e dei trattamenti di restauro all'interno dei denti (endodonzia). Viene convenzionalmente compresa in tale categoria l'igiene orale (ablazione tartaro).
- Corona: copertura artificiale su denti ricostruiti che erano in parte o totalmente distrutti e che hanno bisogno di essere protetti.

Condizioni di Assicurazione

Norme che regolano l'assicurazione – Sezione malattia

- Implantologia: consiste nell'inserimento di pilastri artificiali nell'osso mascellare. Comprende: la struttura metallica che ha come obiettivo la sostituzione della radice di un dente, la connessione all'impianto sulla quale viene costruita la corona e la corona di ceramica sostenuta dall'impianto.
- Protesi: apparati rimovibili o fissi costituiti da strutture dove vengono collocati i denti da sostituire.

Art. 7| Lenti ed occhiali

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

La garanzia è operante nel caso di modifica del visus o di prima prescrizione, purché certificate da medico oculista o da ottico optometrista. AXA provvederà al rimborso delle spese sostenute con l'applicazione di una franchigia di **€ 50,00** per ogni documento di spesa (fattura/ricevuta fiscale).

Ai fini del rimborso è necessario inviare la prescrizione delle lenti, con il deficit visivo attuale e precedente, completa di dati anagrafici (nome e cognome, data di nascita) dell'Assicurato nonché l'indicazione della patologia o vizio di rifrazione (es. miopia, astigmatismo, ipermetropia, presbiopia) che rende necessario l'uso di lenti correttive allegando la Dichiarazione di Conformità rilasciata dall'ottico come da decreto legislativo del 24 febbraio 1997 nr. 46.

Art. 8| Capitale da convalescenza

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

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

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

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

La garanzia non è operante per le malattie che siano:

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

Art. 9| Check up

L'assicurato che abbia compiuto 30 anni potrà eseguire ogni due anni un check up di prevenzione, in un'unica soluzione, presso le strutture convenzionate reperibili sul sito www.axa.it

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

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

Condizioni di Assicurazione

Norme che regolano l'assicurazione – Sezione malattia

OPZIONE 1:

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

Pacchetto	Contenuto	
1. PREVENZIONE CARDIOVASCOLARE	• Esame emocromocimetrico completo • Glicemia • Creatininemia • Colesterolo totale e colesterolo HDL • Alanina aminotransferasi (ALT/GPT) • Aspartato aminotransferasi (AST/GOT) • Esame delle urine • Elettrocardiogramma di base • Trigliceridi • Misurazione della pressione arteriosa	
2. PREVENZIONE ONCOLOGICA	UOMO (>45 anni compiuti)	DONNA (>30 anni compiuti)
	• Sangue occulto nelle feci (3 campioni) • PSA (antigene prostatico specifico) • FPSA (antigene prostatico specifico libero) • Alfa Feto Proteina • Ecografia addominale	• PAP-Test • CA 125 (marcatore del tumore ovarico) • CA 15.3 (marcatore del tumore mammario) • Ecografia mammaria
		DONNA (>45 anni compiuti)
		• PAP-Test • CA 125 (marcatore del tumore ovarico) • CA 15.3 (marcatore del tumore mammario) • Mammografia • Ecografia addominale
3. PREVENZIONE OCULISTICA	• Valutazione anamnestica volta ad individuare familiarità, fattori di rischio personali o sintomatologia allo stato iniziale • Esame del segmento anteriore (cornea, congiuntiva, ecc.) ed annessi oculari • Studio del fundus oculi per individuare patologie retiniche • Misurazione del tono oculare • Misurazione del visus	
4. PREVENZIONE DELLE VIE RESPIRATORIE	• Spirometria • Visita pneumologica	
5. PREVENZIONE DERMATOLOGICA	• Visita dermatologica con epiluminescenza o videodermatoscopia	
6. PREVENZIONE GENERICA	• Esame emocromocimetrico completo • Glicemia • Creatininemia • Colesterolo totale e colesterolo HDL • Alanina aminotransferasi (ALT/GPT) • Aspartato aminotransferasi (AST/GOT) • GGT • Esame delle urine • Elettrocardiogramma di base • Trigliceridi • Misurazione della pressione arteriosa • HBsAg e anti-HCV • HIV • PSA (antigene prostatico specifico) (>45 anni)	

Condizioni di Assicurazione

Norme che regolano l'assicurazione – Sezione malattia

OPZIONE 2:

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

Come attivare il check up

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

La Centrale Operativa è accessibile attraverso i seguenti strumenti:

Numero Verde 800.133.333 per chiamate dall'Italia

Numero +39.011.74.17.288 per chiamate dall'Estero

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

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

Art. 10| Assicurazione in forma integrativa

Qualora sia attivata un'opzione in forma integrativa, la copertura si intende prestata ad integrazione del FASI, FASDAC, QUAS o Fondi equivalenti per i quali deve in ogni caso essere richiesta alla Società l'approvazione preventiva.

L'Assicurato ha l'obbligo di richiedere preventivamente al Fondo il rimborso delle spese sanitarie sostenute.

Integrativa FASI/FASDAC

Gli scoperti e le franchigie previste dalle singole garanzie non saranno operanti per la parte di spese non sostenute dai predetti Enti. Resta intesa che qualora gli Assicurati non fruiscono, per qualsiasi motivo, di dette prestazioni, le spese dagli stessi effettivamente sostenute e documentate, verranno rimborsate con uno scoperto del 25%.

Integrativa QUAS per l'Iscritto al Fondo QUAS

Gli scoperti e le franchigie previsti dalle singole garanzie non saranno operanti per la parte di spese non sostenute dal predetto Ente. Resta intesa, che qualora gli Assicurati non fruiscono per qualsiasi motivo di detta prestazione, le spese dagli stessi sostenute e documentate verranno rimborsate con una detrazione del 25%.

Integrativa QUAS per i componenti del nucleo familiare

La presente assicurazione si intende prestata in forma completa, nei termini previsti dalla polizza, pertanto con l'applicazione di franchigie e scoperti previsti dalle singole garanzie di polizza.

Ambito e limitazioni

Art. 11| Termini di aspettativa

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

Art. 12| Esclusioni

L'assicurazione non è operante per:

- 1) le complicanze, conseguenze dirette e indirette di infortuni, malattie e stati patologici dichiarati nel Questionario Sanitario nonché quelli sottaciuti alla Società all'atto della sottoscrizione con dolo o colpa grave (già conosciuti e/o diagnosticati anteriormente alla stipulazione del contratto o all'inserimento in garanzia) qualora la Società abbia richiesto la compilazione di un Questionario. Qualora non sia richiesta la compilazione di un Questionario le complicanze, conseguenze dirette e indirette di malattie, stati patologici e infortuni sono incluse in copertura. Qualora viene attivata la garanzia di cui all'Art. 8 - Capitale da Convalescenza, saranno sempre escluse le complicanze e conseguenze dirette e indirette di infortuni, malattie e stati patologici conosciuti e/o diagnosticati anteriormente alla stipulazione del contratto o all'inserimento in garanzia;
- 2) le prestazioni sanitarie e la cura delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, ivi compresi i comportamenti nevrotici e le loro conseguenze e complicanze;
- 3) le prestazioni sanitarie e le cure di relative a psicoterapia e/o altre prestazioni terapeutiche rela-

Condizioni di Assicurazione

Norme che regolano l'assicurazione – Sezione malattia

- tive a depressione, stati d'ansia e tutti i disturbi mentali, ivi compresi quelli comportamentali, riconosciuti dal DSM IV (Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali);
- 4) le prestazioni sanitarie e le cure per infertilità, sterilità maschile e femminile, fecondazione assistita e simili, impotenza;
 - 5) l'aborto volontario non terapeutico;
 - 6) le visite e gli accertamenti in gravidanza;
 - 7) la cura di intossicazioni conseguenti ad abuso di alcoolici o ad uso non terapeutico di psicofarmaci, di stupefacenti o di allucinogeni;
 - 8) gli infortuni causati dallo stato di ubriachezza dell'Assicurato o dall'effetto di allucinogeni, stupefacenti o psicofarmaci assunti non a scopo terapeutico dall'Assicurato;
 - 9) gli infortuni avvenuti durante la guida di veicoli causati da crisi epilettiche dell'Assicurato;
 - 10) gli infortuni conseguenti ad azioni delittuose compiute o tentate dall'Assicurato, intendendosi invece compresi quelli sofferti in conseguenza di imprudenza o negligenza anche gravi dell'Assicurato stesso;
 - 11) le prestazioni necessarie a seguito di lesioni auto-inflette, tentato suicidio, imprese temerarie, salvo il caso di atti compiuti dall'Assicurato per dovere di solidarietà umana o per legittima difesa;
 - 12) gli infortuni causati dalla pratica di sport aerei in genere o dalla partecipazione a gare motoristiche ed alle relative prove;
 - 13) 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;
 - 14) 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;
 - 15) la correzione dei vizi di rifrazione (miopia, astigmatismo, ipermetropia e presbiopia), se non previste in polizza;
 - 16) le prestazioni sanitarie, le applicazioni, le cure e gli interventi di carattere estetico salvo gli interventi a scopo ricostruttivo:
 - a. a seguito di interventi demolitivi indennizzabili ai sensi di polizza per neoplasia maligna;
 - b. a seguito di infortunio indennizzabile ai sensi di polizza;
 - c. per neonati, che non abbiano compiuto il terzo anno di età;
 - 17) le protesi dentarie nonché le prestazioni e le cure odontoiatriche ed ortodontiche (comprese le parodontopatie) - salvo quanto previsto dalla lettera "i" dell'articolo 1 - "Ricoveri, interventi e day hospital", dalla lettera "b" dell'articolo 4 - "Visite ed accertamenti" nonché dell'art. 6 "Cure odontoiatriche", qualora operanti;
 - 18) le prestazioni sanitarie non riconosciute dalla medicina ufficiale, quelle non effettuate da medici o paramedici abilitati all'esercizio dell'attività professionale nonché di medicina sperimentale;
 - 19) 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.);
 - 20) le conseguenze di movimenti tellurici, inondazioni ed eruzioni vulcaniche;
 - 21) le conseguenze di guerre (dichiarate o non dichiarate), insurrezioni, (salvo quanto previsto dall'articolo 45 - "Rischio di guerra");
 - 22) le conseguenze di qualsiasi atto di terrorismo, di tumulti popolari, atti violenti od aggressioni, cui l'Assicurato abbia preso parte attiva;
 - 23) le prestazioni sanitarie e le cure fitoterapiche, idropiniche, dietetiche e termali (salvo per queste ultime quanto previsto nel punto "l" dell'art. 1 - "Ricoveri, interventi, day hospital"); i trattamenti terapeutici di agopuntura, salvo quelli effettuati da personale medico durante il ricovero;
 - 24) le spese non direttamente inerenti la cura o l'intervento, quali ad esempio spese per telefonate, televisione, bar, ristorante e simili;
 - 25) gli accertamenti diagnostici, la psicoterapia, le terapie mediche e quelle chirurgiche, legati ai disturbi d'identità sessuale;
 - 26) le degenze dovute alla necessità dell'Assicurato, dopo essere divenuto permanentemente non più autosufficiente, di avere assistenza di terzi per effettuare gli atti elementari della vita quotidiana, nonché i ricoveri per lungodegenza, quando le degenze ed i ricoveri siano resi necessari prevalentemente da misure di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento;
 - 27) le spese relative a prestazioni di routine e/o controllo (salvo quanto previsto all'art. 9 "Check up"), i vaccini, le prestazioni di medicina generale e pediatrica di routine;
 - 28) le prestazioni finalizzate alla prevenzione delle patologie per familiarità;
 - 29) le prestazioni non effettuate da Istituti di Cura, Centri Medici o Medici Specialisti, ad eccezione di quelle infermieristiche e fisioterapiche;

Condizioni di Assicurazione

Norme che regolano l'assicurazione – Sezione infortuni

- 30) i disordini alimentari (anoressia, bulimia, sindrome da alimentazione incontrollata) e qualsiasi cura resa necessaria di questi disturbi, gli interventi di chirurgia bariatrica finalizzata alla cura dell'obesità ad eccezione dei casi di obesità di III° grado (Indice di Massa Corporea uguale o superiore a 40);
- 31) lenti ed occhiali, se non previste in polizza;
- 32) i ricoveri effettuati allo scopo di praticare check up clinici (ricoveri impropri);
- 33) protesi e presidi ortopedici, apparecchi acustici, salvo le endoprotesi ed apparecchi terapeutici in caso di ricovero con intervento o day surgery o intervento chirurgico ambulatoriale.

GLOSSARIO

Condizioni di
Assicurazione
SEZIONE MALATTIA

Condizioni di
Assicurazione
SEZIONE INFORTUNI

Condizioni di
Assicurazione
IL SINISTRO

Condizioni di
Assicurazione
SEZIONE ASSISTENZA

Condizioni di
Assicurazione
NORME COMUNI

**INFORMATIVA
SULLA PRIVACY**

Condizioni di Assicurazione

Norme che regolano l'assicurazione – Sezione infortuni

Art. 13| Oggetto dell'assicurazione

L'assicurazione vale per gli infortuni che l'Assicurato subisca nello svolgimento:

- a) dell'attività professionale indicata in polizza;
- b) di ogni altra attività che non abbia carattere di professionalità;

Sono compresi in garanzia anche:

- 1) gli infortuni derivanti da imperizia, imprudenza o negligenza anche gravi;
- 2) gli infortuni derivanti da aggressioni, atti di terrorismo o tumulti popolari, a condizione che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva;
- 3) gli infortuni derivanti da atti di temerarietà, soltanto se compiuti per dovere di solidarietà umana o per legittima difesa;
- 4) gli infortuni sofferti in stato di maleore od incoscienza;
- 5) l'asfissia non dipendente da malattia;
- 6) l'avvelenamento acuto e le lesioni derivanti da ingestione od assorbimento di sostanze;
- 7) l'annegamento, l'assideramento, il congelamento, la folgorazione, i colpi di sole o di calore o di freddo;
- 8) le affezioni conseguenti a morsi o punture di animali (con esclusione della malaria);
- 9) le lesioni determinate da sforzi come regolamentato dall'art. 26 "Ernie traumatiche o da sforzo".

Garanzie

(operanti solo se previste in polizza)

Art. 14| Morte

AXA garantisce l'indennizzo per il caso di morte se la stessa si verifica entro 2 anni dal giorno dell'infortunio, anche successivamente alla scadenza della polizza. L'indennizzo sarà liquidato ai beneficiari designati o, in difetto di designazione, agli eredi dell'Assicurato.

Qualora, a seguito di infortunio indennizzabile a termini di polizza, il corpo dell'Assicurato non venga ritrovato e si presuma sia avvenuto il decesso, AXA liquiderà ai beneficiari o eredi di cui sopra la somma prevista per il caso di morte. La liquidazione avverrà non prima che siano trascorsi 6 mesi dalla presentazione dell'istanza per la dichiarazione di morte presunta a termini degli artt. 60 e 62 c.c. Qualora, dopo il pagamento dell'indennizzo, l'Assicurato risultasse in vita, AXA avrà diritto alla restituzione della somma pagata. A restituzione avvenuta, l'Assicurato potrà far valere i propri diritti per l'invalidità permanente eventualmente subita.

Art. 15| Maggiorazione dell'indennizzo in caso di commorienza dei genitori

In caso di infortunio indennizzabile a termini di polizza, determinato dal medesimo evento, che provochi la morte dell'Assicurato e dell'altro genitore, AXA corrisponde un indennizzo supplementare pari al 50% del capitale assicurato per il caso morte. L'indennizzo supplementare verrà corrisposto unicamente ai figli minorenni o portatori di invalidità permanente di grado pari o superiore al 60% della totale, in parti uguali.

Il massimo esborso a carico di AXA per detto indennizzo supplementare non potrà superare, globalmente, l'importo di € 150.000,00 anche in caso di più polizze infortuni stipulate con AXA.

Tale indennizzo supplementare non opera per il "rischio volo" (art. 23).

Art. 16| Invalidità permanente

AXA corrisponde l'indennizzo per invalidità permanente se questa si verifica entro 2 anni dal giorno dell'infortunio, anche successivamente alla data di scadenza della polizza.

- A) Se l'infortunio ha come conseguenza l'invalidità permanente definitiva totale, AXA corrisponde la somma assicurata.
- B) Se l'infortunio ha come conseguenza un'invalidità permanente definitiva parziale, l'indennizzo viene calcolato sulla somma assicurata in proporzione al grado di invalidità permanente che va accertato facendo riferimento ai valori della tabella di cui allegato 1 del D.P.R. 30 giugno 1965, n. 1124 (e successive modifiche della tabella stessa intervenute sino al 30 giugno 2000).

Relativamente ai postumi di trauma distorsivo cervicale con contrattura muscolare e limitazione dei movimenti del capo e del collo, l'indennizzo verrà effettuato facendo riferimento ad un valore massimo fissato nel 2%.

- C) Se l'infortunio ha come conseguenza un'invalidità permanente definitiva parziale o non determinabile sulla base dei valori previsti alla lettera B), si farà riferimento ai criteri qui di seguito indicati:
 - se la lesione comporta una minorazione, anziché la perdita totale di un arto o di un organo, le percentuali previste alla lettera B) vengono ridotte in proporzione alla funzionalità perduta;
 - nel caso di menomazioni di uno o più distretti anatomici e/o articolari di un singolo arto, AXA procederà alla valutazione attraverso somma matematica delle percentuali di invalidità fino a raggiungere al massimo il valore corrispondente alla perdita totale dell'arto stesso;

Condizioni di Assicurazione

Norme che regolano l'assicurazione – Sezione infortuni

- nel caso in cui l'invalidità permanente non sia determinabile sulla base dei valori elencati alla lettera B) e ai criteri sopra riportati, il grado di invalidità permanente viene determinato attraverso i valori e i criteri sopra indicati e tenendo conto della complessiva diminuzione della capacità dell'Assicurato allo svolgimento di un qualsiasi lavoro, indipendentemente dalla sua professione.

La perdita anatomica o funzionale di più organi, arti o loro parti, comporta l'applicazione della percentuale di invalidità calcolata sulla base dei valori indicati alla lettera B) e dei criteri sopra richiamati, pari alla somma delle singole percentuali calcolate per ciascuna lesione, fino a raggiungere al massimo il valore del 100%.

Il diritto all'indennizzo per invalidità permanente è di carattere personale e quindi non è trasmissibile agli eredi. Tuttavia, se l'Assicurato muore per causa indipendente dall'infortunio denunciato dopo che l'indennizzo sia stato liquidato o comunque offerto in misura determinata, AXA paga agli eredi l'importo liquidato od offerto secondo le norme della successione testamentaria o legittima; nel caso invece, l'indennizzo non sia stato ancora offerto, in presenza di idonea documentazione che dimostri l'oggettiva stabilizzazione dei postumi permanenti, AXA paga l'importo spettante a termini di polizza agli eredi secondo le norme della successione testamentaria o legittima.

Art. 17| Franchigia Invalidità Permanente

A parziale deroga dell'art. 16 - "Invalidità Permanente", l'indennizzo verrà calcolato con l'applicazione delle franchigie indicate in polizza.

Le opzioni previste dalla presente garanzia sono:

- franchigia 0%
- franchigia 3% (franchigia relativa 10%) - la franchigia non trova applicazione nel caso di invalidità permanente accertata di grado pari o superiore al 10%
- franchigia 3% (franchigia relativa 15%) - (la franchigia non trova applicazione nel caso di invalidità permanente accertata di grado pari o superiore al 15%)

Art. 18| Riconoscimento dell'intera somma assicurata in caso di invalidità permanente grave

Qualora l'invalidità permanente accertata sia di grado pari o superiore al 60% della totale, l'indennità verrà corrisposta nella misura del 100% della somma assicurata.

Art. 19| Danno economico dell'azienda

AXA rimborsa all'azienda il 50% della somma assicurata per l'Assicurato Titolare dell'Azienda qualora l'invalidità permanente accertata sia di grado pari o superiore al 60% della totale.

Art. 20| Rimborso spese di cura da infortunio

AXA rimborsa all'Assicurato le seguenti spese sostenute nei 360 giorni successivi alla data del sinistro, purché effettuate durante la validità del contratto e se inerenti all'infortunio denunciato:

- a) visite mediche, analisi ed esami strumentali e di laboratorio.
Le spese dentarie sono rimborsate, limitatamente alle conseguenze dirette ed esclusive dell'infortunio, purché lo stesso sia documentato da referto di pronto soccorso o di ricovero.
Relativamente all'applicazione di protesi dentarie (comprese il costo di quest'ultime) la garanzia è prestata fino alla concorrenza di € 5.000,00 per sinistro e per anno assicurativo.
- b) trattamenti fisioterapici e rieducativi prestati da professionisti in possesso di regolare abilitazione;
- c) rette di degenza;
- d) onorari del chirurgo, dell'aiuto dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento, diritti di sala operatoria e materiale d'intervento. In caso di intervento chirurgico per la rimozione di mezzi di sintesi **il limite di 360 giorni viene elevato a 720 giorni.**

AXA rimborsa altresì le spese per:

- e) cure e medicinali sostenute durante il ricovero e nei 90 giorni successivi all'intervento chirurgico o alla cessazione del ricovero;
- f) acquisto o noleggio, previa prescrizione medica, di stampelle, tutori ed altri apparecchi ortopedici, fino ad un massimo di € 500,00, effettuati nei 90 giorni successivi al sinistro;
- g) trasporto sanitario dell'Assicurato stesso, con qualsiasi mezzo sanitariamente attrezzato, compreso l'elisoccorso, all'istituto di cura, per il trasferimento da un istituto di cura ad un altro e da qui al suo domicilio, con il limite di € 2.000,00 per sinistro, effettuato nei 90 giorni successivi al sinistro.

Il rimborso di quanto previsto al presente articolo viene effettuato fino alla concorrenza dell'80% delle spese effettivamente sostenute, restando il rimanente 20% a carico dell'Assicurato con il minimo di € 100,00, per sinistro e per persona.

Il suindicato scoperto non si applica in caso di sinistro che abbia comportato un ricovero, un intervento chirurgico od un'invalidità permanente accertata ad eccezione del rimborso delle spese dentarie sulle quali opera sempre lo scoperto del 20% con l'applicazione del minimo di € 100,00, per sinistro e per

Condizioni di Assicurazione

Norme che regolano l'assicurazione – Sezione infortuni

persona come disciplinato dal precedente comma del presente articolo.

Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga del "Servizio Sanitario Nazionale", AXA rimborserà le spese non riconosciute dal prestatario Servizio, compresi eventuali ticket (rimborsati sempre integralmente), sostenute dall'Assicurato per le prestazioni sopra descritte.

Qualora l'Assicurato fruisca di altre analoghe assicurazioni private o sociali, la garanzia vale per l'eventuale eccedenza di spese da queste non rimborsate.

I rimborsi vengono effettuati a cura ultimata e dopo presentazione dei documenti giustificativi in copia od originale, in Italia ed in valuta corrente. AXA si riserva di richiedere all'Assicurato la produzione del giustificativo esclusivamente in originale.

Il massimale prescelto costituisce il massimo rimborso per persona per uno o più sinistri verificatisi nello stesso anno assicurativo.

Art. 21| Diaria da ricovero

In caso di ricovero dell'Assicurato in istituto di cura, reso necessario da infortunio indennizzabile a termini di polizza, AXA corrisponde, a partire dal giorno successivo al ricovero, la diaria indicata in polizza per ogni giorno di ricovero documentato da cartella clinica, con il massimo di 365 giorni per sinistro.

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

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

Art. 22| Diaria da gessatura o traumi

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

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

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

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

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

Qualora il contratto prevedesse l'operatività di garanzie appartenenti alla sezione malattia la presente prestazione farà riferimento all'art. 12 "Esclusioni".

Estensioni

(sempre operanti)

Art. 23| Rischio volo

L'assicurazione si intende estesa agli infortuni che l'Assicurato subisca, in qualità di passeggero, durante i viaggi aerei di trasporto pubblico o privato, su velivoli od elicotteri da chiunque eserciti, esclusi i viaggi effettuati:

- su aeromobili di Società/Aziende di lavoro aereo per voli diversi dal trasporto pubblico passeggeri;
- su aeromobili in esercizio ad aeroclubs;
- su apparecchi per il volo da diporto o sportivo.

La copertura inizia dal momento in cui l'Assicurato sale a bordo dell'aeromobile e cessa nel momento in cui scende.

Nel caso di evento che colpisca più Assicurati con AXA l'esborso massimo di quest'ultima non potrà comunque superare l'importo di € 10.000.000,00.

Nell'eventualità che le somme complessivamente assicurate eccedano gli importi sopra indicati, gli indennizzi spettanti in caso di sinistro saranno adeguati con riduzione ed imputazione proporzionale sulle singole assicurazioni.

Condizioni di Assicurazione

Norme che regolano l'assicurazione – Sezione infortuni

Art. 24| **Malattie professionali**

L'assicurazione, limitatamente ai casi di Morte e Invalidità permanente, viene estesa anche alle malattie professionali (intendendosi come tali quelle indicate nella tabella annessa al D.P.R. 30 giugno 1965, n. 1124, e successive modificazioni della tabella stessa intervenute sino al 30 giugno 2000 (escluso in ogni caso il cosiddetto danno biologico), che si manifestino nel corso della validità del presente contratto e che riducano l'attitudine generica al lavoro in misura superiore al 10% della totale; quando la silicosi e l'asbestosi siano associate a tubercolosi polmonare in fase attiva, anche se iniziale, e sempre che il quadro morboso complessivo sia tale da determinare l'abbandono del lavoro, la franchigia predetta si intende abolita.

Resta confermata l'esclusione di cui alla lettera "l" dell'art. "29" - "Esclusioni".

Art. 25| **Rimborso spese per danni estetici**

L'assicurazione si intende estesa al rimborso delle spese sostenute dall'Assicurato per cure, applicazioni ed interventi di chirurgia effettuata allo scopo di eliminare o ridurre il danno estetico derivante da infortunio, indennizzabile ai termini di polizza, che abbia per conseguenza deturpazioni al viso di carattere estetico.

L'importo massimo previsto per il rimborso spese è pari a € 2.500,00.

Art. 26| **Ernie traumatiche o da sforzo**

L'assicurazione si intende estesa, limitatamente alla garanzia Invalidità permanente da infortunio (se prevista in polizza), alle ernie traumatiche o da sforzo (escluse in ogni caso le ernie discali).

Nel caso in cui l'ernia non risulti obiettivamente operabile AXA riconoscerà esclusivamente un indennizzo per invalidità permanente, riconoscendo un grado di invalidità non superiore a 10 punti percentuali, fermo restando l'applicazione delle franchigie di polizza.

L'assicurazione ha effetto trascorsi 180° giorni da quello di effetto dell'assicurazione.

Qualora, per sostituzione od altra variazione di polizza, la presente assicurazione subentri - senza soluzione di continuità - ad altra eguale assicurazione con AXA, il termine di 180 giorni sopra stabilito decorre:

- dalla data di decorrenza della precedente assicurazione, per gli Assicurati e per le somme e le prestazioni dalla stessa già previsti;
- dalla data di decorrenza della presente assicurazione, limitatamente alle maggiori somme ed alle nuove persone e prestazioni da essa previste.

Art. 27| **Rotture sottocutanee di tendini**

L'assicurazione è estesa, limitatamente alle garanzie Invalidità permanente e Rimborso spese di cura (se previste in polizza), alle rotture sottocutanee di tendini in seguito ad infortunio indennizzabile a termini di polizza.

Nel caso l'infortunio denunciato comporti la rottura di uno o più tendini AXA riconosce per:

- l'Invalidità permanente un indennizzo forfettario pari al 2% del capitale assicurato per Invalidità Permanente da infortunio, con il **massimo di € 5.000,00**, senza tener conto delle franchigie previste;
- il Rimborso spese di cura un **massimale di € 1.000,00** come previsto dall'art. 20 delle Condizioni di Assicurazione.

Art. 28| **Eventi naturali catastrofici**

In caso di morte ed invalidità permanente la garanzia si intende estesa 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:

- per una somma assicurata per persona pari al 50% di quella contrattualizzata in polizza con il massimo di € 500.000,00;
- con il massimo esborso di € 10.000.000,00 per polizza qualora più assicurati con la presente polizza fossero coinvolti in un medesimo evento, con riduzione proporzionale dell'indennizzo nel caso in cui gli indennizzi complessivamente spettanti eccedessero tale importo.

Ambito e limitazioni

Art. 29| **Esclusioni**

Sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni causati:

- dalla guida o uso anche come passeggero di mezzi di locomozione aerei, compresi deltaplani e ultra-leggeri, salvo quanto previsto dall'art. 23 - "Rischio volo";
- dalla guida di qualsiasi veicolo o natante a motore, se l'Assicurato è privo dell'abilitazione prescritta dalle disposizioni vigenti, salvo il caso di guida con patente scaduta, ma a condizione che l'Assicu-

Condizioni di Assicurazione

Norme che regolano l'assicurazione – Il sinistro

- rato abbia, al momento di sinistro, i requisiti per il rinnovo;
- c) dalla pratica di: pugilato, arti marziali, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme, alpinismo con scalata di difficoltà superiore al 3° grado della scala di Monaco, free climbing, skeleton, velocità pura su sci, sci estremo, football americano, rugby, hockey, discese su rapide con qualsiasi mezzo, regate o traversate in alto mare effettuate solitariamente, bungee jumping, salti dal trampolino con sci od idrosci nonché sci acrobatico, immersioni con autorespiratore, speleologia, bob o guidoslitta su pista specifica, Kitesurf, snow-kite, sport aerei in genere quali a puro titolo esemplificativo deltaplani, velivoli ultraleggeri, paracadutismo, parapendio;
 - d) dalla pratica di qualsiasi sport esercitato professionalmente;
 - e) dalla partecipazione a competizioni e relative prove ippiche, calcistiche, ciclistiche, di pallavolo, palla-canestro, pallamano, triathlon e duathlon svolte sotto l'egida delle competenti Federazioni o di Enti di promozione sportiva, in qualità di tesserati;
 - f) da ubriachezza dell'Assicurato, da abuso di psicofarmaci, dall'uso di stupefacenti o allucinogeni;
 - g) da azioni delittuose compiute o tentate dall'Assicurato, intendendosi invece compresi quelli sofferti in conseguenza di imprudenza, imperizia o negligenza anche gravi;
 - h) da atti commessi volontariamente dall'Assicurato contro la sua persona o da lui consentiti;
 - i) dall'uso, anche come passeggero, di veicoli o natanti a motore in competizioni non di regolarità pura e nelle relative prove;
 - j) da movimenti tellurici, inondazioni ed eruzioni vulcaniche, salvo quanto previsto dall'art. 28 "Eventi naturali catastrofici";
 - k) da guerra (dichiarata o non dichiarata) od insurrezioni, salvo quanto previsto dall'art. 45 "Rischio guerra";
 - l) da trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);
 - m) le ernie e le rotture sottocutanee di tendini, salvo quanto previsto dall'art. 26 "Ernie traumatiche o da sforzo" e dall'Art. 27 "Rotture sottocutanee di tendini";
 - n) le conseguenze dell'infortunio che si concretizzino nella sindrome da immunodeficienza acquisita (A.I.D.S), nella sieropositività da HIV e nelle sindromi ad esse correlate;
 - o) le prestazioni sanitarie non riconosciute dalla medicina ufficiale nonché quelle non effettuate da medici o paramedici abilitati all'esercizio dell'attività professionale;
 - p) le cure odontoiatriche ed ortodontiche salvo quanto previsto dall'art. 20 "Rimborso spese di cura da infortunio" lettera a).
- Sono inoltre esclusi dall'assicurazione:
- q) le conseguenze di operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche non resi necessari da infortunio;
 - r) gli infarti da qualsiasi causa determinati.

Art. 30| Limite catastrofale

Fermi i limiti previsti all'art. 23 - "Rischio volo", nel caso di sinistro che colpisca, in conseguenza di un unico evento, più persone assicurate con polizze stipulate dallo stesso Contraente, l'esborso massimo complessivo a carico di AXA **non potrà essere superiore a € 10.000.000,00.**

Se gli indennizzi complessivamente dovuti eccedessero tale importo, AXA procederà alla loro riduzione proporzionale.

Come attivare le prestazioni

Sezione malattia

Art. 31| Utilizzo di strutture sanitarie e medici convenzionati con AXA

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

La gestione dei servizi (convenzionamenti e/o rimborso spese) relativi ai sinistri della sezione malattia può essere affidata da AXA Assicurazioni a provider esterni.

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

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

Le strutture sanitarie convenzionate sono presenti su:

Sito AXA www.axa.it

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

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

Numero Verde 800.133.333 per chiamate dall'Italia

Numero +39.011.74.17.288 per chiamate dall'Estero

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

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

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

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

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

Art. 32| Cosa fare in caso di sinistro

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

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

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

La Centrale Operativa è accessibile attraverso i seguenti strumenti:

Numero Verde 800.133.333 per chiamate dall'Italia

Numero +39.011.74.17.288 per chiamate dall'Estero

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

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

La denuncia deve essere corredata dalla documentazione medica richiesta, come disposto dall'art. 33 "Criteri di liquidazione e pagamento dell'indennizzo" completa di certificazioni mediche con patologia sospetta o accertata, delle copie o degli originali delle notule, fatture o ricevute quietanzate e di ogni altro documento ritenuto da AXA attinente alla valutazione ed alla liquidazione del sinistro. Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga della facoltà di inviare la documentazione medica e fiscale del sinistro in fotocopia AXA si riserva il diritto di richiedere ove lo ritenga necessario la documentazione in originale sia delle fatture, che della documentazione medica.

L'Assicurato deve consentire le indagini e gli accertamenti necessari nonché, su richiesta di AXA, sotto-

Condizioni di Assicurazione

Norme che regolano l'assicurazione – Il sinistro

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

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

Art. 33| Criteri di liquidazione e pagamento dell'indennizzo

1) Utilizzo di strutture sanitarie e medici convenzionati con AXA (forma Diretta)

Qualora l'Assicurato sia ricorso alle strutture sanitarie e medici convenzionati, previa autorizzazione della Centrale Operativa, in caso di **Ricovero, day hospital, day surgery o intervento chirurgico ambulatoriale, prestazioni sanitarie senza ricovero**, AXA pagherà o farà pagare in nome e per conto dell'Assicurato, direttamente le spese sostenute per prestazioni sanitarie previste dal contratto, ferme eventuali scoperti, franchigie e limiti di indennizzo.

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

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

Qualora si dovesse successivamente accertare, relativamente all'evento per il quale l'Assicurato ha usufruito del servizio in regime di convenzione diretta, la non validità della polizza e/o la sussistenza di condizioni e/o elementi che determinano l'inoperatività o l'inefficacia dell'assicurazione, l'Assicurato sarà tenuto a rimborsare ad AXA le somme corrisposte a istituti di cura, centri diagnostici o medici convenzionati o a saldare le prestazioni preventivamente autorizzate in forma diretta e non saldate ad AXA, ad istituti di cura, centri diagnostici o medici convenzionati. Tali circostanze saranno debitamente comunicate all'Assicurato, mediante lettera raccomandata, e lo stesso sarà tenuto a restituire dette somme indebitamente liquidate da AXA entro e non oltre 30 giorni dal ricevimento delle stesse. Qualora l'Assicurato non ottemperi nei tempi previsti a quanto sopra, AXA si riserva il diritto di agire giudizialmente nei suoi confronti per ottenere la restituzione di quanto indebitamente liquidato.

2) Utilizzo di strutture sanitarie e medici non convenzionati con AXA o utilizzo di strutture sanitarie convenzionate con AXA e di medici non convenzionati con AXA (forma Indiretta/Rimborso)

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

In caso di:

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

3) Riconoscimento del capitale da convalescenza

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

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

- a) **Cancro**, diagnosi effettuata da specialista oncologo confermata da indagini anatomopatologiche;
- b) **Infarto miocardico acuto**, documentazione specifica rappresentata da accertamenti strumentali (esempio: Eco-doppler, ECG, ecc.) e di laboratorio (esempio: esami ematochimici, enzimi cardiaci, ecc.);
- c) **Ictus cerebro-vascolare**, documentazione medica rilasciata da un medico specialista neurologo, operante all'interno di una divisione di neurologia, che conferma il danno neurologico sensitivo e motorio permanente;
- d) **Sclerosi multipla o a placche, Sclerosi laterale amiotrofica e Morbo di Parkinson**, diagnosi documentata e confermata da specialista neurologo operante all'interno di una divisione di neurologia;
- e) **Insufficienza renale**, all'ultimo stadio documentata da esami di laboratorio e certificata da medico specialista.

Condizioni di Assicurazione

Norme che regolano l'assicurazione – Il sinistro

- lista operante presso una divisione di medicina interna;
- f) **Anemia aplastica**, diagnosi confermata da esame istologico del midollo e da accertamenti ematologici, effettuata da medico specialista ematologo od internista operante presso una divisione di medicina interna;
 - g) **Cecità totale**, diagnosi effettuata mediante potenziali evocati visivi;
 - h) **Paralisi**, diagnosi documentata di paralisi permanente o irreversibile di almeno due arti effettuata da un medico specialista in neurologia.

4) Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale (forma Indiretta/Rimborso)

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

In tal caso l'Assicurato dovrà provvedere direttamente al pagamento di dette spese, e successivamente chiederne il rimborso delle stesse con le modalità previste del precedente punto 2) del presente articolo.

5) Richiesta dell'indennità sostitutiva

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

6) Ricoveri ravvicinati

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

7) Pagamento dell'indennizzo

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

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

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

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

AXA restituirà gli eventuali originali ricevuti.

Come attivare le prestazioni

Sezione infortuni

Art. 34| Obblighi in caso di sinistro - infortuni

In caso di sinistro, il Contraente, l'Assicurato o altro soggetto per conto dei medesimi, deve darne avviso scritto all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza oppure ad AXA entro 3 giorni da quando ne ha avuto conoscenza o possibilità ai sensi dell'art. 1913 del Codice Civile.

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

La denuncia dell'infortunio deve contenere l'indicazione del luogo, giorno, ora e causa dell'evento e deve essere corredata da certificazione medica.

L'Assicurato od i suoi famigliari devono far pervenire ad AXA le informazioni relative al decorso delle lesioni, fornendo anche copia delle cartelle cliniche complete e dei certificati medici in copia od originale che prescrivono: la convalescenza ed il relativo eventuale prolungamento, la gessatura e la sua rimozione,

Condizioni di Assicurazione

Norme che regolano l'assicurazione – Il sinistro

delle prescrizioni per prestazioni mediche con la presunta patologia e/o la relativa diagnosi, delle copie o degli originali delle notule, fatture o ricevute quietanzate ed di ogni altro documento ritenuto da AXA attinente alla valutazione ed alla liquidazione del sinistro.

AXA si riserva di richiedere all'Assicurato la produzione del giustificativo esclusivamente in originale.

L'Assicurato od i suoi familiari devono consentire le indagini e gli accertamenti necessari nonché, su richiesta di AXA, sottoporsi agli eventuali accertamenti e controlli medici disposti dai suoi incaricati, fornire ogni informazione e produrre copia di ogni documentazione sanitaria richiesta sciogliendo dal segreto professionale e d'ufficio i medici che lo hanno visitato o curato e gli enti presso i quali è stato ricoverato o curato ambulatorialmente, acconsentendo al trattamento dei dati personali a norma del d.lgs 196/03 e successive modifiche.

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

Corresponsione di diarie

- **Diaria da ricovero, da day hospital o day surgery**, l'Assicurato o i suoi familiari devono far pervenire copia conforme della cartella clinica completa;
- **Diaria da gessatura o traumi**, l'Assicurato o i suoi familiari devono far pervenire copia della documentazione sanitaria (certificato del pronto soccorso o del medico ortopedico-traumatologo) da cui risulta la prescrizione e/o l'applicazione della gessatura nonché quella della sua rimozione. Per i casi di fratture che non comportino gessatura, l'Assicurato o i suoi familiari devono far pervenire copia della documentazione sanitaria (la radiografia e la prescrizione del medico ortopedico-traumatologo o del pronto soccorso). Nei casi di osteosintesi l'Assicurato o i suoi familiari devono far pervenire copia conforme della cartella clinica completa.

Liquidazione dell'indennità Morte e Invalidità permanente da infortunio – forma assicurativa a multipli retributivi

Per la liquidazione delle indennità per le garanzie Morte e Invalidità Permanente da Infortunio nella forma a multipli retributivi, è considerata retribuzione annua dell'infortunato quella percepita nei dodici mesi precedenti a quello in cui si è verificato l'infortunio purché su essa sia conteggiato o sia conteggiabile il premio di assicurazione.

Art. 35| Criteri di indennizzabilità – garanzie infortuni

AXA corrisponde l'indennizzo per le conseguenze dirette ed esclusive dell'infortunio. Se, al momento dell'infortunio, l'Assicurato non è fisicamente integro e sano, sono indennizzabili soltanto le conseguenze che si sarebbero comunque verificate qualora l'infortunio avesse colpito una persona fisicamente integra e sana.

In caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto già minorato, le percentuali di cui all'art. 16 - "Invalidità permanente", sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente.

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

Per il pagamento dell'indennizzo vale quanto definito nell'Art. 33 punto 7.

Art. 36| Cumulo di indennità

Le indennità per tutte le garanzie sono cumulabili fra di loro tranne la garanzia morte che non è cumulabile con l'invalidità permanente; tuttavia, se dopo il pagamento di un indennizzo per invalidità permanente, ma entro due anni dal giorno dell'infortunio ed in conseguenza di questo, l'Assicurato muore, gli eredi dell'Assicurato non sono tenuti ad alcun rimborso, mentre i beneficiari hanno diritto soltanto alla differenza tra l'indennizzo per morte - se superiore - e quello già pagato per invalidità permanente.

Art. 37| Controversie – Arbitrato irrituale

Le controversie di natura medica sull'indennizzabilità del sinistro, sul grado di invalidità permanente, sui miglioramenti ottenibili con adeguati trattamenti terapeutici, nonché sull'applicazione dei criteri di indennizzabilità, a norma e nei limiti delle condizioni di polizza, possono essere demandate per iscritto, di comune accordo fra le Parti, ad un Collegio di tre medici, nominati uno per Parte ed il terzo di comune accordo o, in caso contrario, dal Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo ove deve riunirsi il Collegio dei Medici.

Il Collegio Medico risiede nella località scelta consensualmente dalle Parti; in caso di disaccordo il Collegio Medico risiede nel comune, sede dell'Istituto di medicina legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato. Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato contribuendo per la metà delle spese e competenze per il terzo medico.

È data facoltà al Collegio Medico di rinviare, ove ne riscontri l'opportunità, l'accertamento definitivo dell'invalidità permanente ad epoca da definirsi dal Collegio stesso, nel qual caso il Collegio può intanto concedere una

Condizioni di Assicurazione

Norme che regolano l'assicurazione – Il sinistro

provvisionale sull'indennizzo.

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

Art. 38| Anticipo indennizzo sulla garanzia Invalidità permanente da infortunio

Trascorsi 30 giorni dalla richiesta dell'Assicurato, AXA anticiperà il 50% del presumibile ammontare dell'indennizzo per Invalidità permanente da infortunio da congruarsi in sede di definitiva liquidazione del sinistro a condizione che:

- non esistano contestazioni sull'indennizzabilità dell'infortunio,
- il grado di invalidità permanente stimato da AXA non sia inferiore al 25%.

Fermo restando quanto previsto, l'anticipo non deve essere considerato impegno definitivo di AXA sul grado percentuale di invalidità permanente da liquidarsi.

Premessa

La gestione dei successivi servizi di **Assistenza**, è stata affidata da AXA ad INTER PARTNER ASSISTANCE S.A. - Rappresentanza Generale per l'Italia - Via Carlo Pesenti, 121 - 00156 Roma, di seguito denominata AXA Assistance. Pertanto tutte le prestazioni indicate garantite da AXA saranno gestite per il tramite di AXA Assistance. AXA, lasciando invariati la portata e i limiti di tali prestazioni, ha la facoltà di affidare tali servizi ad altra società autorizzata in tale caso verrà comunicata al Contraente la nuova società senza che ciò possa costituire motivo di risoluzione del contratto.

Garanzie

(operanti solo se previste in polizza)

Art. 39| Assistenza Base

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

a) Consulto medico telefonico

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

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

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

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

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

La prestazione viene fornita con costi a carico della Società.

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

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

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

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

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

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

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

Sono escluse dalla prestazione:

- le infermità o lesioni che, a giudizio del servizio medico della Centrale Operativa, possono essere curate sul posto;
- le infermità o lesioni che non precludano all'Assicurato la continuazione del viaggio o del soggiorno;
- le malattie infettive, nel caso in cui il trasporto implichi violazione di norme sanitarie nazionali o internazio-

nali;

- tutti i casi in cui l'Assicurato o i familiari dello stesso sottoscrivessero volontariamente le dimissioni contro il parere dei sanitari della struttura presso la quale fosse ricoverato;
- tutte le spese diverse da quelle indicate;
- tutte le spese sostenute per malattie preesistenti.

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

d) Rimpatrio salma (prestazione valida all'estero)

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

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

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

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

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

Sono escluse dalla prestazione le spese relative a:

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

e) Interprete all'estero

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

Art. 40| 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 da persona terza, qualora lo stesso non ne sia in grado, 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 giudichi 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.

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 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 ad una malattia od un infortunio occorso ad un suo familiare, e sempre che sia previsto un ricovero superiore a 48 ore, AXA Assistance metterà a sua disposizione un biglietto di viaggio (biglietto ferroviario di prima classe o biglietto aereo di classe 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, 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, 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 può contattare telefonicamente la Centrale Operativa, per richiedere informazioni sui se-

guenti 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, 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

Malattia improvvisa o grave infortunio

Nel caso in cui l'Assicurato sia all'estero e, a seguito di improvvisa malattia o di infortunio, necessiti di ricovero urgente, l'Assicurato stesso o, se impossibilitato, un suo familiare, potrà contattare telefonicamente la Centrale Operativa. Questa si attiverà per organizzarne il trasferimento con i mezzi ritenuti più adeguati alla circostanza, al fine di poter provvedere al ricovero in struttura sanitaria in Italia, idonea a garantirgli le appropriate cure sanitarie. Qualora non venisse giudicato opportuno il trasferimento in Italia, AXA Assistance provvederà a contattare, tramite una propria corrispondente, la struttura sanitaria più idonea, ovvero quella in cui l'Assicurato si trova. Verificata la posizione amministrativa e clinica dell'Assicurato, provvederà ad autorizzare o negare il pagamento delle prestazioni sanitarie previste dal contratto, incluso il trasferimento sanitario (fermi eventuali scoperti, franchigie o limiti di indennizzo).

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

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

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 alla 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 od 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 del medesimo un biglietto di viaggio (biglietto ferroviario di prima classe o biglietto aereo di classe turistica) dal luogo di domicilio a quello del ricovero.

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

Qualora l'Assicurato abbia bisogno di organizzare un consulto medico telefonico in caso di urgenza conseguente a infortunio o malattia improvvisa, la Centrale Operativa trasferirà la chiamata alla propria équipe medica che valuterà, con il consenso dell'Assicurato, se proseguire il colloquio per telefono o passare alla modalità video chiamata.

Dove è valida la prestazione

La prestazione "Teleconsultazione" è disponibile dall'Italia e dall'estero, con eventuali costi di telefonia e connessione a carico dell'Assicurato.

Prescrizione medica

Nel caso in cui, a seguito di diagnosi telefonica, si preveda l'assunzione di un farmaco, la centrale operativa provvede a trasmettere una ricetta medica bianca, 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.

Dove è valida la prestazione

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

Consegna del farmaco a domicilio

L'Assicurato potrà inoltre usufruire della prestazione "Consegna del farmaco a domicilio" per un massimo di 2 consegne all'anno. In questo caso, 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 il denaro e l'eventuale delega necessari all'acquisto, provvedendo poi alla consegna dei medicinali richiesti nel più breve tempo possibile.

A conclusione del servizio, AXA Assistance effettuerà una telefonata di cortesia per verificare il buon esito dello stesso.

AXA 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.

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 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 terrà a proprio carico il costo della prestazione.

Invio fisioterapista

Qualora l'Assicurato necessiti, sulla base di certificazione medica, di essere assistito 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 terrà a proprio carico il costo della prestazione.

Prelievo campioni

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

AXA 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 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, 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 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.

Assistenza pratica**Invio collaboratrice domestica**

Qualora l'Assicurato necessiti di aiuto in casa, potrà richiedere alla Centrale Operativa di reperire ed inviare presso il proprio domicilio una collaboratrice per il disbrigo delle faccende domestiche.

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

f) Consulenze specialistiche**Consulenza psicologica**

Qualora, a seguito di diagnosi di malattia grave o cronico degenerativa dell'Assicurato, si rendesse necessaria una assistenza psicologica, l'Assicurato può, chiamando la Centrale Operativa, essere messo in contatto telefonicamente con uno specialista, al massimo entro le 8 ore lavorative successive alla richiesta d'intervento.

La prestazione è prevista per un massimo di una volta per Assicurato e anno assicurativo.

Dove è valida la prestazione

La prestazione "Consulenza psicologica" è valida esclusivamente in Italia.

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 gravi patologie necessiti di interventi chirurgici di particolare complessità, potrà contattare la Centrale Operativa per ottenere un "parere medico complementare" da parte di uno specialista di riconosciuta fama ed esperienza e ricevere eventuali indicazioni diagnostiche o terapeutiche suppletive. Il servizio fornisce il parere medico complementare relativamente alle seguenti patologie:

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

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

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

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.

Dove è valida la prestazione

La prestazione "Second Opinion" è valida in Italia e all'estero.

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 Personale, 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.

Condizioni comuni**Art. 41| Esclusioni**

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

Art. 42| Estensione territoriale

Ferme le eventuali limitazioni territoriali previste per le singole prestazioni, l'assicurazione è valida per i sinistri avvenuti nei seguenti paesi: Albania, Andorra, Austria, Belgio, Bielorussia, Bosnia-Erzegovina, Bulgaria, Cipro, Croazia, Danimarca, Estonia, Finlandia, Francia, Germania, Gibilterra, Grecia, Irlanda, Islanda, Israele, Italia (comprese la Repubblica di San Marino e lo Stato della Città del Vaticano), Lettonia, Liechtenstein, Lituania, Lussemburgo, F.Y.R.O.M. - Macedonia, Madera, Malta, Marocco, Moldavia, Monaco, Montenegro, Norvegia, Paesi Bassi, Polonia, Portogallo, Regno Unito, Repubblica Ceca, Romania, Russia Europea (esclusi i Monti Urali), Serbia, Slovacchia, Slovenia, Spagna, Svezia, Svizzera, Tunisia, Turchia, Ucraina, Ungheria.

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

Art. 43| Operatività della garanzia

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

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

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

Condizioni di Assicurazione

Norme che regolano l'assicurazione in generale

Art. 44| Estensione territoriale

L'assicurazione vale per il mondo intero ad eccezione di quanto definito all'art. 42 della sezione assistenza.

Art. 45| 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. 46| Diritto di surrogazione

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

Art. 47| Modifiche dell'assicurazione

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

Art. 48| 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. 49| Aggravamento del rischio (Solo per la sezione Infortuni)

Il Contraente o l'Assicurato deve dare comunicazione scritta ad AXA di ogni aggravamento del rischio.

Gli aggravamenti di rischio non noti o non accettati da AXA possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione ai sensi dell'art. 1898 c.c.

Art. 50| Diminuzione del rischio (Solo per la sezione Infortuni)

Nel caso di diminuzione del rischio AXA è tenuta a ridurre il premio o le rate di premio successive alla comunicazione del Contraente o dell'Assicurato, ai sensi dell'art. 1897 c.c. e rinuncia al relativo diritto di recesso.

Art. 51| Altre assicurazioni

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

Quanto suddetto vale anche nel caso in cui lo stesso rischio è coperto da contratti stipulati dall'Assicurato con Enti, Casse, Fondi Integrativi sanitari.

Tuttavia il Contraente è esonerato dall'obbligo di denunciare eventuali assicurazioni infortuni stipulate da altri a favore degli stessi Assicurati abbinati a biglietti di viaggio, conti correnti, carte di credito.

Fermo quanto sopra indicato, qualora le somme assicurate con altre polizze superino complessivamente il 50% di quelle garantite con la presente assicurazione, AXA entro 60 giorni dalla comunicazione, ha facoltà di recedere dall'assicurazione con preavviso di almeno 60 giorni.

Art. 52| Persone non assicurabili

Non sono assicurabili le persone affette da:

- alcolismo, tossicodipendenza, sindrome da immunodeficienza acquisita (A.I.D.S.), sieropositività da H.I.V. – per le garanzie presenti nella sezione malattia
- alcolismo, tossicodipendenza, sindrome da immunodeficienza acquisita (A.I.D.S.), sieropositività da H.I.V. epilessia nonché dalle seguenti infermità mentali: schizofrenia, forme maniaco depressive o stati paranoici, sindromi bipolari ed Alzheimer – per le garanzie presenti nella sezione infortuni

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

Qualora una o più delle malattie o delle affezioni sopra elencate insorgano nel corso del contratto si applicheranno le disposizioni dell'art. 1898 del Codice Civile, indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute dell'Assicurato.

Art. 53| Limiti di età

Le Parti possono recedere con preavviso di **30 giorni** ad ogni scadenza annuale successiva al compimento del:

- **70°** anno di età dell'Assicurato relativamente alle garanzie della sezione malattia
- **80°** anno di età dell'Assicurato relativamente alle garanzie della sezione infortuni

Condizioni di Assicurazione

Norme che regolano l'assicurazione in generale

In caso di recesso esercitato da AXA, la Società si impegna, esclusivamente per le garanzie ancora assicurabili, alla prosecuzione del contratto, per la durata residua ed alle condizioni in vigore al momento della disdetta.

Art. 54| Recesso in caso di sinistro (Solo per la Sezione Infortuni)

Dopo ogni sinistro denunciato a termini di polizza e fino al 60° giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo, le Parti, mediante lettera raccomandata, possono recedere dall'assicurazione con preavviso di 30 giorni.

In caso di recesso esercitato da AXA, quest'ultima, entro 15 giorni dalla data di efficacia del recesso, rimborsa la parte di premio, al netto dell'imposta, relativa al periodo di rischio non corso.

Qualora siano operative garanzie appartenenti alla sezione malattia, le Parti potranno avvalersi della facoltà di recesso esclusivamente per i sinistri relativi alle garanzie della sezione infortuni. In tal caso, AXA si impegna, mediante la stipula di una nuova polizza, alla prosecuzione del contratto, esclusivamente per le garanzie malattia, per la durata residua ed alle condizioni in vigore al momento del recesso.

Art. 55| Pagamento del premio e decorrenza della garanzia

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

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

Il Contraente si obbliga a consegnare agli Assicurati, prima dell'adesione alla copertura assicurativa, le Condizioni di Assicurazione.

Il Contraente si impegna a fornire alla Società nome cognome, data di nascita, sesso e codice fiscale degli assicurati al momento dell'entrata in copertura.

Il Contraente si impegna a comunicare agli Assicurati eventuali trasferimenti di agenzia e operazioni societarie straordinarie.

Se il Contraente non paga i premi o le rate di premio successivi, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del 30° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze, ai sensi dell'art. 1901 c.c.

Trascorso il termine di 30 giorni di cui sopra la Società ha il diritto di dichiarare, con lettera raccomandata A/R, la risoluzione del contratto, fermo il diritto ai premi scaduti nonché di richiederne l'esecuzione.

Nel caso in cui le garanzie Morte e Invalidità Permanente da Infortunio siano stipulate nella forma di **multipli della RAL** (Retribuzione Annuale Lorda), il premio viene anticipato dal Contraente in via provvisoria in base al preventivo annuo delle retribuzioni specificate in polizza ed è regolato alla fine di ciascun periodo assicurativo sulla base delle variazioni intervenute sulle RAL nello stesso periodo.

Qualora la regolazione a saldo dovesse comportare la determinazione del premio in misura inferiore a quello corrisposto in via provvisoria, quest'ultimo si intende comunque acquisito a titolo di premio minimo di polizza, escluso pertanto ogni conguaglio negativo.

Per la determinazione ed il versamento della quota di premio a saldo, l'avente titolo si obbliga:

- a comunicare ad AXA, in forma scritta entro 60 giorni dalla fine di ogni periodo assicurativo, i dati necessari per la determinazione del premio definitivo. Decorso tale termine, in assenza di comunicazione, la garanzia si intende sospesa sino alle ore 24 del giorno di avvenuta comunicazione;
- al versamento della somma dovuta a saldo, nei 30 giorni successivi alla comunicazione di AXA del premio dovuto. Decorso tale termine, in assenza di pagamento di quanto dovuto, la garanzia si intende sospesa sino alle ore 24 del giorno di avvenuto pagamento del premio a saldo.

Nel caso di mancato adempimento da parte del Contraente dei propri obblighi di comunicazione o di pagamento, il premio anticipato in via provvisoria per le rate successive viene considerato in conto o a garanzia di quello relativo al periodo assicurativo per il quale non ha avuto luogo la regolazione.

AXA si riserva il diritto di agire giudizialmente o di dichiarare, con lettera raccomandata, la risoluzione del contratto con effetto retroattivo tra le Parti. Ove il contratto sia cessato, per qualsiasi motivo, e non sia intervenuto il versamento dovuto al saldo del premio, AXA non è tenuta ad indennizzare i sinistri verificatisi durante il periodo assicurativo cui si riferisce il premio non saldato.

AXA ha diritto ad effettuare in qualsiasi momento verifiche e controlli per i quali il Contraente sarà tenuto a fornire i chiarimenti e le documentazioni necessarie nonché ad esibire i libri paga.

Il Contraente si obbliga a fornire, a semplice richiesta scritta, i chiarimenti, le informazioni e la documentazione necessaria.

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

Il premio delle garanzie malattia è soggetto ad "adeguamento automatico" del 2%.

Condizioni di Assicurazione

Norme che regolano l'assicurazione in generale

Art. 56| Proroga e periodo di assicurazione

In mancanza di disdetta data da una delle Parti, mediante lettera raccomandata spedita almeno 60 giorni prima della scadenza, l'assicurazione è prorogata per un anno e così successivamente.

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

Per i casi nei quali la legge o la polizza si riferiscono al periodo di assicurazione, questo si intende stabilito nella durata di un anno, salvo che l'assicurazione sia stata stipulata per una minore durata, in quest'ultimo caso esso coincide con la durata della polizza.

Art. 57| Persone assicurabili

Per aziende con meno di 10 dipendenti/nuclei familiari è prevista la compilazione del Questionario sanitario.

La compilazione del questionario sanitario è altresì prevista nel caso in cui la polizza venga sottoscritta dall'azienda nella forma ad "**adesione**" indipendentemente dal numero dei dipendenti/nuclei familiari assicurati.

Il nominativo d'ogni Assicurato (dipendente e famigliari) sarà comunque individuato da un apposito elenco agli atti presso la Società ed integrato dalle comunicazioni "inclusioni-esclusioni".

Inclusioni delle persone assicurate

Le inclusioni di Assicurati che si verifichino nel corso dell'annualità assicurativa per **matrimonio, costituzione di rapporto more uxorio, nascita, nuova assunzione oppure nomina** dovranno essere comunicate ad AXA entro 31 giorni dalla data d'evento e la copertura decorrerà dalla data dell'evento stesso.

Nel caso di comunicazione effettuata oltre il 31° giorno dalla data dell'evento, la decorrenza avrà effetto dalle ore 24 del giorno della comunicazione.

Resta comunque inteso che se l'inclusione avviene nel:

- primo semestre dell'anno, verrà corrisposto il 100% del premio annuo;
- secondo semestre dell'anno, verrà corrisposto il 60% del premio annuo.

Promozioni

Nel caso di promozione, nel corso dell'annualità assicurativa, di un dipendente da una categoria ad un'altra, contraddistinte da piani di copertura con differenti ammontare di premio, ma sempre assicurati con la presente Convenzione, si procede come segue. Se la promozione avviene nel:

- primo semestre dell'anno, il passaggio alla nuova copertura prevede il versamento del 100% della differenza fra il nuovo premio ed il premio già corrisposto per l'Isritto all'inizio dell'anno;
- secondo semestre dell'anno, il versamento dovuto è pari al 60% della differenza tra i due premi.

In entrambi i suddetti casi i massimali applicabili al periodo successivo all'inserimento nel nuovo piano assicurativo sono determinati calcolando la differenza tra quelli previsti per la nuova copertura e quanto già consumato dall'Assicurato nella copertura precedente.

Cessazione della copertura

Per le cessazioni in corso d'anno la Società non rimborserà il premio pagato e non goduto. Sarà facoltà del Contraente se far cessare la copertura assicurativa per l'ex dipendente a decorrere dalla data di interruzione del rapporto di lavoro o lasciarla in vigore fino alla naturale scadenza. Il Contraente dovrà comunicare alla Società la data dalla quale la copertura assicurativa non dovrà più essere valida entro 31 giorni dalla data di cessazione del rapporto di lavoro.

Regolazione del premio

Il Contraente si impegna a comunicare alla Società entro 31 giorni dalla avvenuta variazione tutte le modifiche relative a nuovi nominativi e/o cessazioni.

Alla scadenza dell'annualità assicurativa, le eventuali differenze attive risultanti dalla regolazione devono essere pagate dal Contraente entro 30 giorni dalla relativa comunicazione.

Art. 58| Identificazione degli Assicurati

L'Azienda fornirà alla data di decorrenza della polizza, attraverso un supporto informatico concordato, l'elenco nominativo del proprio personale dipendente e dei familiari dei relativi nuclei se la copertura assicurativa è estesa anche ai nuclei.

Art. 59| Oneri fiscali

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

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

Condizioni di Assicurazione

Norme che regolano l'assicurazione in generale

conformità alla legislazione fiscale del Paese di nuova residenza. Sarà cura di AXA l'espletamento degli adempimenti dichiarativi ed il pagamento del tributo per conto del Contraente.

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

Art. 60| 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. 61| Foro competente

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

Art. 62| Rinvio alle norme di legge

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

Art. 63| Forma delle comunicazioni

Tutte le comunicazioni previste dal contratto devono essere fatte per iscritto alla Società o all'Agente al quale è assegnata la polizza; nel secondo caso, le comunicazioni ricevute dall'Agente si intenderanno fatte alla Società. Sono ammesse anche tecniche di comunicazione a distanza.

Art. 64| 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.

Cardiochirurgia

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

Collo

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

Esofago

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

Pancreas - Milza

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

Stomaco - Duodeno

- Resezione gastrica da neoplasie maligne;
- Gastrectomia totale da neoplasie maligne;
- Resezione gastro-digiunale per ulcera peptica post-anastomotica;
- Intervento per fistola gastro-digiuno-colica;
- Gastrectomia allargata da neoplasie maligne;
- Varici gastriche (emostasi).

Retto - Ano

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

Peritoneo

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

Fegato e vie biliari

- Resezione epatica, emi-epatectomia;
- Interventi per la ricostruzione delle vie biliari;
- Derivazioni biliodigestive;
- Interventi sulla papilla di Water;
- Interventi di anastomosi veno-venose per il trattamento della ipertensione portale.

- Intervento per ascesso o cisti;
- Intervento per echinococcosi;
- Termoablazione con radiofrequenza di tumori epatici, qualsiasi via di accesso.

Intestino

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

Torace

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

Faccia e bocca

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

Urologia

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

Ginecologia

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

Chirurgia del sistema nervoso

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

Condizioni di Assicurazione

ALLEGATO 1 - Elenco grandi interventi

Chirurgia vascolare

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

Ortopedia e traumatologia

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

Otorino

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

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

Definizioni

Cancro

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

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

Infarto miocardico acuto

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

Ictus cerebro-vascolare

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

Sclerosi multipla o a placche

Malattia caratterizzata da aree di demielinizzazione cerebrale e midollare spinale.

Sclerosi Laterale Amiotrofica

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

Morbo di Parkinson

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

Insufficienza renale

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

Anemia aplastica

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

Innesto bypass aorto coronarico

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

Trapianto di organi principali

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

Cecità totale

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

Paralisi

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

Coma irreversibile

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

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 rimosse non superino l'ammontare del danno.

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

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.

AXA Assicurazioni rispetta le persone con le quali entra in contatto e tratta con cura i dati personali che utilizza per lo svolgimento delle proprie attività. A conferma di questo impegno e per dare esecuzione alle norme che tutelano il trattamento dei dati personali forniamo qui di seguito le informazioni essenziali che permettono di esercitare in modo agevole e consapevole i diritti previsti dalla vigente normativa.

A) Trattamento dei suoi dati personali per finalità assicurative¹

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

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

I dati possono essere comunicati ad alcuni soggetti per i soli scopi sopra indicati:

- quotazione, preventivi, predisposizione, stipulazione di polizze assicurative ed esecuzione degli obblighi dalle stesse derivanti; raccolta dei premi; liquidazione dei sinistri, pagamento o esecuzione di altre prestazioni;
- riassicurazione e coassicurazione;
- prevenzione e individuazione delle frodi assicurative e relative azioni legali; esercizio o difesa di diritti dell’assicurazione;
- adempimento di altri specifici obblighi di legge o contrattuali;
- analisi di nuovi mercati assicurativi o prodotti o servizi;
- gestione e controllo interno;
- attività statistiche, anche a fini di tariffazione;
- valutazione inerente eventuali finanziamenti per il pagamento del premio;
- attività antifrode con screening delle informazioni pubbliche, tra cui quelle raccolte tramite siti web e social media;
- utilizzo dei dati in forma anonima per attività di analisi e statistiche di mercato;
- utilizzo dei dati rilevati mediante l’eventuale l’utilizzo di strumenti che rilevano la dinamica di guida (cd “Black Box”) per la gestione del rapporto contrattuale e definire le politiche tariffarie della Compagnia;
- servizi di monitoraggio dei parametri delle condizioni generali del cliente rispetto al suo benessere fisico, ad eventi inerenti l’abitazione o comunque inerenti alla gestione di servizi assicurativi;
- valutazione delle condizioni che permettono di definire la prosecuzione di un rapporto assicurativo in essere ed il rinnovo di una polizza in scadenza.

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

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

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

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

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

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

⁵ I dati possono essere comunicati a taluni dei seguenti soggetti: società del Gruppo a cui appartiene AXA (controllanti, controllate e collegate, anche indirettamente, ai sensi delle vigenti disposizioni di legge); società specializzate per informazione e promozione commerciale, per ricerche di mercato e per indagini sulla qualità dei servizi e sulla soddisfazione dei clienti; assicuratori, coassicuratori; agenti, subagenti, mediatori di assicurazione e di riassicurazione, produttori ed altri canali di acquisizione e gestione di contratti di assicurazione; banche, Società di Gestione del Risparmio, SIM

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

Precisiamo che senza i suoi dati non saremo in grado di fornirle, le prestazioni, i servizi e/o i prodotti assicurativi citati. Quindi, in relazione a questa specifica finalità, **il suo consenso è il presupposto necessario per lo svolgimento del rapporto assicurativo**. Potremo, inoltre, utilizzare i dati di recapito che abbiamo ricevuto per inviarle comunicazioni di servizio strumentali per la gestione del rapporto assicurativo. Tenga quindi conto che in mancanza dei suoi dati di recapito non ci sarà possibile contattarla tempestivamente per fornirle informazioni utili in relazione al rapporto contrattuale e ad altre comunicazioni di servizio.

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

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

Inoltre, per migliorare i nostri servizi ed i nostri prodotti e per informarla sulle novità e le opportunità che potrebbero essere di suo interesse, le chiediamo di consentirci l'utilizzo dei suoi dati personali non sensibili. Tutto ciò avverrà nel rispetto della normativa in materia di protezione dei dati, e pertanto non utilizzeremo dati sensibili⁷ per tali finalità. Se Lei fornirà liberamente gli specifici consensi richiesti per queste finalità, saremo in grado di proporle le attività qui di seguito elencate:

- comprendere quali sono i Suoi bisogni ed esigenze e le Sue opinioni sui nostri prodotti e servizi;
- effettuare analisi sulla qualità dei nostri servizi;
- attivare iniziative dedicate alla raccolta di informazioni, allo scopo di migliorare la nostra offerta per Lei;
- realizzare ricerche di mercato;
- effettuare indagini statistiche;
- proporLe prodotti e servizi che possano essere di Suo interesse;
- inviarLe comunicazioni promozionali e farla partecipare ad iniziative di marketing (quali ad esempio Programmi fedeltà, Concorsi o operazioni a Premio, Campagne Promozionali) mediante i canali di comunicazione accessibili tramite i dati di recapito a lei riferiti (quali posta, posta elettronica, telefono, fax, sms, mms, social media);
- comunicarLe novità e opportunità relative a prodotti e/o servizi sia di società appartenenti al Gruppo AXA sia di società esterne partner di AXA o che collaborano con essa;
- tenere conto dei dati generati nel caso lei utilizzi strumenti che permettano la rilevazione della sua posizione nel territorio.

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

⁷ Cfr. nota 2

In particolare potremo provvedere alle seguenti attività:

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

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

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

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

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

Modalità d'uso dei suoi dati personali

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

Destinatari (a chi e dove sono comunicati i dati)

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

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

- assicuratori, coassicuratori e riassicuratori; agenti, subagenti, mediatori di assicurazione e di riassicurazione, produttori ed altri canali di acquisizione e gestione di contratti di assicurazione; banche, Società di Gestione del Risparmio, SIM; legali; periti; medici; autofficine; centri di demolizione di autoveicoli;
- società di servizi per il quietanzamento; società di servizi a cui siano affidati la gestione, la liquidazione ed il pagamento dei sinistri, tra cui centrale operativa di assistenza, società di consulenza, cliniche convenzionate; società di servizi informatici e telematici o di archiviazione; società di servizi postali (per trasmissione, imbustamento, trasporto e smistamento delle comunicazioni alla clientela); società di revisione e di consulenza; società che gestiscono sistemi di informazioni creditizie ai sensi del Codice deontologico di cui all'allegato A.5 del Codice privacy; società di informazione commerciale per rischi finanziari ai sensi del Codice deontologico di cui all'allegato A.7 del Codice privacy; società di servizi per il controllo delle frodi ed il monitoraggio delle attività di distribuzione; società di recupero crediti; società che possono verificare l'accessibilità a finanziamenti per il pagamento dei premi. Si precisa che il titolare fornirà alle società che gestiscono sistemi di informazione creditizie e sistemi di informazione commerciale per rischi commerciali esclusivamente i dati personali necessari per la consultazione dei dati di tali sistemi;
- società del Gruppo a cui appartiene la nostra Società (controllanti, controllate o collegate, anche indirettamente, ai sensi delle vigenti disposizioni di legge);
- ANIA (Associazione Nazionale fra le Imprese Assicuratrici); organismi associativi e consortili propri del settore assicurativo: Concordato Cauzione Credito 1994, Pool Italiano per l'Assicurazione dei Rischi Atomici, Pool per l'Assicurazione R.C. Inquinamento, Consorzio per la Convenzione Indennizzo Diretto (CID), Ufficio Centrale Italiano (UCI S.c.ar.l.), Comitato delle Compagnie di Assicurazioni Marittime in Genova, Comitato delle Compagnie di Assicurazione Marittime in Roma, Comitato delle Compagnie di Assicurazioni Marittime in Trieste, ANADI (Accordo Imbarcazioni e Navi da Diporto), SIC (Sindacato Italiano Corpi), Consorzio Italiano per l'Assicurazione Vita dei Rischi Tarati (CIRT), Pool Italiano per la Previdenza Assicurativa degli Handicappati; CONSAP (Concessionaria Servizi Assicurativi Pubblici); ISVAP (Istituto per la Vigilanza

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.

sulle Assicurazioni Private e di Interesse Collettivo) oggi IVASS (Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni); nonché altri soggetti, quali: UIC (Ufficio Italiano dei Cambi); Casellario Centrale Infortuni; Ministero delle infrastrutture - Motorizzazione civile e dei trasporti in concessione; CONSOB (Commissione Nazionale per le Società e la Borsa); COVIP (Commissione di vigilanza sui fondi pensione); Ministero del lavoro e della previdenza sociale; Enti gestori di assicurazioni sociali obbligatorie, quali INPS, INPDAL, INPGI, ecc.; Ministero dell'economia e delle finanze - Anagrafe tributaria; Consorzi agricole di difesa dalla grandine e da altri eventi naturali; Magistratura; Forze dell'ordine (P.S.; C.C.; G.d.F.; VV.FF; VV.UU); altri soggetti o banche dati nei confronti dei quali la comunicazione dei dati è obbligatoria.

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

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

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

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

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

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

Per l'esercizio dei Suoi diritti, Lei può rivolgersi ad AXA Assicurazioni S.p.A. - Corso Como 17 – c.a. Data Protection Officer – 20154 Milano (MI) - e-mail: privacy@axa.it.

Per maggiori informazioni, si invita a visitare la sezione privacy del sito web www.axa.it

INFORMATIVA PRIVACY SULL'USO DEI DATI BIOMETRICI CONNESSI ALLA FIRMA GRAFOMETRICA

La informiamo, inoltre, circa le modalità di trattamento dei Suoi dati biometrici (nel seguito anche “Dati”) connessi all'utilizzo del servizio di “Firma Grafometrica” a cui potrà liberamente aderire.

Tale informativa integra l'informativa generale sul trattamento dei dati personali sopra riportata.

I Dati da Lei gentilmente forniti saranno trattati da AXA Assicurazioni S.p.A. (nel seguito “AXA”) mediante registrazione elettronica e verranno utilizzati secondo le finalità e con le modalità indicate nel documento che le spiega le caratteristiche del servizio (disponibile anche online nel sito di AXA) e, in particolare, per:

- garantire o aumentare la sicurezza nei processi di sottoscrizione di documenti;
- contribuire, attraverso le garanzie di autenticità, non ripudio e integrità dei documenti sottoscritti elettronicamente, a conferire maggiore certezza nei rapporti giuridici con Lei intercorrenti e ridurre il rischio di sostituzioni di persona e di frodi;
- ottemperare agli obblighi previsti dalla legge, dai regolamenti e/o dalla normativa comunitaria ed internazionale.

Il conferimento dei dati biometrici per le suddette finalità è facoltativo e un eventuale rifiuto al rilascio dei Dati o del consenso da parte Sua non comporta pregiudizio alcuno. L'unica conseguenza sarà l'impossibilità per AXA di erogare il servizio richiesto e di consentire l'utilizzo del sistema di firma grafometrica. Nei casi di mancanza di consenso al trattamento dei Dati, è stata prevista come misura alternativa la sottoscrizione dei documenti con firma tradizionale autografa su supporto cartaceo. La successiva revoca del consenso al trattamento dei Dati necessari per l'utilizzo del sistema di firma grafometrica determinerà la disattivazione del servizio stesso.

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

I Dati saranno trattati mediante strumenti informatici e telematici con logiche strettamente connesse alle finalità sopra indicate e comunque nel rispetto delle disposizioni di legge⁹.

I Dati, in forma sempre criptata, saranno conservati presso AXA e/o presso le società appositamente nominate Responsabili esterne del trattamento dei dati nell'ambito delle attività di archiviazione e conservazione a norma dei documenti firmati elettronicamente.

I Dati raccolti saranno trattati altresì da:

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

In ogni caso il trattamento dei Dati che La riguardano avverrà con logiche strettamente correlate alle finalità suddette e sarà improntato ai principi di correttezza, liceità, trasparenza e avverrà con modalità idonee a garantirne la sicurezza e la riservatezza. I Dati, infatti, saranno trattati con sistema di cifratura e saranno inaccessibili al personale e agli addetti alla manutenzione, essendo previsto un particolare procedimento per decifrarli.

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

Per l'esercizio dei Suoi diritti, Lei può rivolgersi ad AXA Assicurazioni S.p.A. - Corso Como 17 – c.a. Data Protection Officer – 20154 Milano (MI) - e-mail: privacy@axa.it.

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

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

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

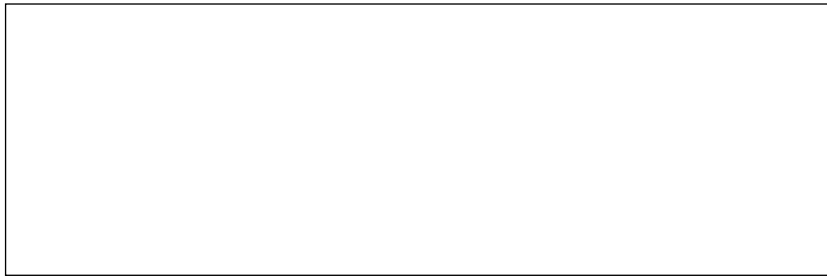
In mancanza di tale consenso le invieremo tali comunicazioni obbligatorie in formato cartaceo.

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

PAGINA BIANCA

PAGINA BIANCA

PAGINA BIANCA



axa.it

Il presente fascicolo è aggiornato alla data del 1 gennaio 2019.

AXA Assicurazioni S.p.A. - Sede Legale e Direzione Generale: Corso Como 17, 20154 Milano - Italia
Tel. (+39) 02 480841 - Fax (+39) 02 48084331 - PEC: axaassicurazioni@axa.legalmail.it

Capitale Sociale € 211.168.625 interamente versato - Ufficio del Registro delle Imprese di Milano C. F. n. 00902170018 - P. I.V.A. GRUPPO IVA AXA ITALIA n. 10534960967 -
Numero R.E.A. della C.C.I.A.A. di Milano n. 1576311 - Direzione e coordinamento di AXA MEDITERRANEAN HOLDING SAU ai sensi dell'art. 2497 bis C.C. - Iscrizione Albo Imprese IVASS n. 1.00025 -
Capogruppo del gruppo assicurativo AXA ITALIA iscritto all'Albo Gruppi IVASS con il n. 041 - Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con Decreto del Ministero dell'Industria,
del commercio e dell'artigianato del 31 dicembre 1935 - (Gazzetta Ufficiale del 9 aprile 1936 n. 83)

ANNEXE 3

JOB DESCRIPTIONS

Secretary-General

(Reporting to the President, the Permanent Committee, the Governing Council and the General Assembly)

Main Duties

- Secretary to the
 - General Assembly - responsible for the Organisation of the Secretariat of the Assembly,
 - Finance Committee,
 - Governing Council,
 - Permanent Committee;
- Enforcement of the decisions of the General Assembly, of the Governing Council and of the Permanent Committee;
- Functions of the President in relation to all matters pertaining to all functions except the activities of the Governing Council and the Permanent Committee, if the President is unable; and
- Power to sign on behalf of the Institute.

Management of the Secretariat

- Operation of the Institute, preparation of studies and the organization and preparation of working groups;
- Supervision of the services of the Institute- - responsible for the performance and smooth operation of such services;
- Disciplinary matters, with the authority to inflict sanctions on any official or employee found guilty of serious fault or voluntary negligence in the performance of his/her duties;
- Fixing of working hours of work and their distribution over the working week;
- Library management;
- Regulation of procurement of equipment, goods, facilities and supplies as well as the implementation of works or external services;
- Drawing up propositions for appointment of professional and general staff;
- Drawing up propositions for the promotion of a professional staff officials for meritorious service to the Permanent Committee;
- Authorisation of all official travel.

Financial Matters

- Drawing up of Draft Budget and supervision of procedure for the adoption of the Budget;
- Management of general accounting for each financial year;
- Liaising with member States concerning financial contributions;
- Authorisation of all expenses;
- Authorisation of investment of funds;
- Establishment of any rules and methods deemed necessary to ensure the discipline and efficiency of financial management.

Language skills:

- English;
- French;
- Italian;
- Any other an asset.

Deputy Secretary-General

(Reporting to Secretary-General and Governing Council)

Main duties:

- Assisting the Secretary-General with the management and administration of the organisation as directed by the Secretary-General;
- Participation and assistance in the preparation and follow-up of both administrative and study group/committee meetings;
- Supervision of staff and interns as required;
- Maintenance and expansion of public relations and awareness raising for UNIDROIT, including by developing relationships with other organisations and by seizing opportunities for promotional events in co-operation with those organisations;
- Liaising with relevant key stakeholders on matters of strategic importance to the organisation;
- Supervision, as needed, of the organisation of institutional visits to the organisation;
- Supervision of the purchase plan of the Library;
- As needed, assistance with any other work as required by the Secretary-General from time to time, possibly including also the review of legal documents, including co-operation agreements, memoranda of understanding, and advising the Secretary-General on legal issues relevant to the operation of the Organisation.

Language skills:

- English;
- French;
- Italian;
- Any other an asset.

Principal Legal Officer

***(Duties to which specific duties must be added, such as
Depositary Functions, Publications and Foundation)***

(Reporting to Secretary General and Deputy Secretary General)

Main duties:

- Management of projects on the Work Programme, as determined by the Secretary General, including:
 - Leading projects to implement the Work Programme (Lead Project Officer)
 - Servicing of committees and study/working groups, both for the substantive projects and administrative committees;
 - Servicing Diplomatic Conferences, including assistance in editing of documents and draft texts;
 - Translation of documents and editing of the final instruments;
 - Conduction/supervision of feasibility studies;
 - Coordination of correspondence regarding the projects with members of the working and study groups, experts, institutes, organisations, States and other possible relevant interested parties;
 - Supervision of Senior Legal Officers, Legal Officers other staff members and interns, as appropriate;
- Organisation of Promotion of present and past instruments of the Institute by:
 - Designing and participating in conferences, seminars and trainings (capacity building workshops);
 - Writing articles or supervising the writing of articles;
 - Managing or preparing presentations and progress reports on the projects for the relevant bodies and publications;
 - Replying to State queries;
 - Supervision of UNIDROIT instrument application;
- Preparation or responsibility for of posts for website and social media;
- Relations with Member States, organisations (both intergovernmental and non-Governmental), universities and research institutes as well as experts, especially for the projects managed, past and present;
- In consultation with the Secretary General, design of technical assistance programmes for the implementation of UNIDROIT instruments
- Subject to the instructions of the Secretary General, provision of technical assistance to member States on the implementation of UNIDROIT instruments ;

Language skills:

- English;
- French;
- Any other an asset.

Senior Legal Officer

***(Duties to which specific duties must be added, such as
Depositary Functions, Publications and Foundation)***

(Reporting to: SG and/or DSG)

Main duties:

- Management of the projects on the Work Programme, as determined by the Secretary General, including:
 - Leading projects to implement the Work Programme (Lead Project Officer)
 - Servicing of committees and study/working groups, both for the substantive projects and administrative committees;
 - Servicing Diplomatic Conferences, including assistance in edition of documents and draft texts;
 - Translation of documents for meetings and edition of the final instruments;
 - Conduction/supervision of feasibility studies;
 - Supervision of Legal Officers, other staff members and interns, as appropriate
- Promotion of present and past products of the Institute by:
 - Participating in conferences and seminars;
 - Writing articles and promotional material;
 - Preparing presentations and progress reports on the projects for the relevant bodies and publications, as applicable;
 - Replying to correspondence of interested parties requesting assistance;
 - Replying to queries by States;
 - Supervising the application of the instruments;
- Management/organization or preparation of posts for the website and social media platforms;
- Relations with Member States, organisations (both intergovernmental and non-Governmental), universities, research institutes and other relevant stakeholders as well as experts;
- Subject to the instructions of the Secretary General, provision of technical assistance to member States on the implementation of UNIDROIT instruments;
- Participation in meetings and conferences organised by States and State bodies, other organisations, both intergovernmental and non-Governmental, institutes, etc. of importance to the projects managed, past and present.

Language skills:

- English;
- French;
- Any other an asset.

Officer responsible for Scholarships
(Part of the duties of a Legal Officer, Senior Legal Officer or Principal Officer)
(Report to SG and DSG)

Main duties and responsibilities:

- Evaluation of applications, including the verification of references and credentials;
- Organization of interviews with applicants, as appropriate;
- If so instructed by the Secretary General, liaising with Governing Council members for selection of scholars;
- Liaising with donor States;
- Fundraising activities with potential donors;
- Point of reference for all scholars and researchers upon arrival;
- Coordination of meetings of all scholars with professional staff;
- Supervision of the research stay of visiting scholars and researchers;
- Preparation, when required, of scholar activity reports for donors;
- Preparation of an annual report on the Programme for the Governing Council;

Language skills:

- English
- French
- Any other positively regarded

Officer responsible for publications
(Part of the duties of a Senior Legal Officer or a Principal Legal Officer)
(Report to SG and DSG)

Main duties and responsibilities:

General duties

- Co-ordination of the general editing policy and implementation procedures to ensure accuracy, clarity cohesiveness and conformity with UNIDROIT standards, and making suggestions to the management with respect to those procedures;
- Assistance with the definition and implementation of UNIDROIT publication policy;
- Coordination of the preparation of UNIDROIT publications;
- Preparation of Translation Agreements for the translation of UNIDROIT works;
- Undertaking such other tasks as may reasonably be required by the Head of Administration or the Secretary-General.

Monographs

- Consultation with authors, revisers, editors and translators when needed;
- Verification of references in French and English documents;
- Control and correction of proofs;
- General editing of the texts, when required
- Liaising with publishers and printers

Uniform Law Review

- Relations with Oxford University Press (OUP) for the whole procedure of preparation of the Uniform Law Review;
- Contacts with OUP Editors and the Editorial Board;
- Correspondence with authors and peer reviewers;
- Implementation of correct and timely procedure for publication.

Language skills:

- English
- French
- Any other positively regarded

Officer responsible for Depositary Functions

(Part of the duties of a Senior Legal Officer or a Principal Legal Officer)

(Report to SG and DSG)

Main duties:

- Verification of submitted instruments and submission of requests for any corrections as necessary;
- Verification of official translations of instruments and declarations (when provided)
- Translation of instruments into French (or English);
- Participation in the ceremony of signature or depositing of the instruments of ratification/accession;
- Notification of all Contracting States, Supervisory Authority and the Registrar of signature/ratification/accession, deposit/amendment/withdrawal of declarations;
- Supervision of any revision to the text of UNIDROIT instrument;
- Correspondence/Assistance to States intending to ratify/adhere;
- Correspondence with entities/persons requesting information on status and other related issues
- Preparation of the Report of the Depositary;
- Preparation of material for the website linked to the Depositary functions

Language skills:

- English;
- French;
- Any other positively regarded.

Legal Officer

(Duties to which specific duties must be added)

(Reporting to: SG and/or DSG depending on subject)

Main duties:

- Contribution to the management of the projects on the Work Programme allocated by the Secretary General or the Deputy Secretary General, including:
 - Servicing of committees and study/working groups, both for the substantive projects and administrative committees;
 - Servicing Diplomatic Conferences, including assistance in editing of documents and draft texts;
 - Translation of documents for meetings and edition of the instruments;
 - Conduction of preliminary feasibility studies;
- Promotion of present and past instruments of the Institute by:
 - Participating in conferences and seminars;
 - Writing articles;
 - Preparing presentations and progress reports on the projects for the Governing Council, Annual Report and Uniform Law Review;
 - Replying to correspondence of interested parties requesting assistance;
 - Replying to queries by States;
 - Supervising the application of the instruments;
 - Supervising the literature published on the subject;
- Preparation of posts for the website;
- Liaising with Member States, organisations (both intergovernmental and non-Governmental), universities and research institutes as well as experts, when expressly instructed by the Secretary General or the Deputy Secretary General;
- Participation in meetings and conferences organised by States and State bodies, other organisations, both intergovernmental and non-Governmental, institutes, etc., when expressly instructed by the Secretary General or the Deputy Secretary General

Language skills:

- English;
- French;
- Any other positively regarded

Head Librarian

(Reporting to: DSG/SG)

Main duties:

- Overarching Management duties for the staff and resources allocated to the Library;
- Preparation of yearly plans for the management and development of the resources of the Library;
- Leading arrangements for the workshops and presentations of scholars and researchers visiting the Library;
- Physical and administrative management of the Library holdings, in particular:
 - selection of publications, to present list of proposed purchases to SG/DSG;
 - contact with publishers;
 - payment of bills;
 - cataloguing of acquisitions or donations;
 - subject and content indexing of monographs and articles;
 - adequate registration of incoming materials (including issues of law journals in the Aleph library system);
 - preparation/supervision of the creation of bibliographies of interest to the Institute;
 - direction of policy of allocation of visitors in the Library premises
 - correspondence with visiting scholars as necessary;
 - leading policy in the Library's relationship with other libraries;
- Monitoring the regular software upgrades of the Aleph 500 library management system
- Lead administrator of the library's OPAC system
- Arranging for the assistance of both daily and long-term readers (scholars and interns, visiting experts and members of the Council, representatives of States);
- Ensuring research assistance to members of staff is provided.

Language skills:

- English;
- French;
- Italian;
- Other languages positively regarded

Librarian

(Reporting to the Head Librarian and to the SG/DSG)

Main duties:

- Under the supervision and instruction of the Head Librarian, physical and administrative management of the library holdings, and in particular:
 - selection of publications, to present list of proposed purchases to SG/DSG;
 - contact with publishers;
 - cataloguing of acquisitions or donations;
 - preparation/supervising the preparation of bibliographies of interest to the Institute;
 - scanning of publications for the creation of an electronic library;
 - ensuring the cleanliness of the holdings and their premises;
 - ensuring the availability of seating for visitors, i.e. planning of visits;
 - correspondence with visiting scholars;
 - maintenance of relations with other libraries;
- Assisting both daily and long-term readers (scholars and interns, visiting experts and members of the Council, representatives of States);
- Assisting members of staff.

Language skills:

- English;
- French;
- Italian;
- Other languages positively regarded

Assistant Librarian (part-time post)

(Reporting to: Head Librarian/Librarian)

Main duties:

- Management of the Library holdings, both physically and administratively:
 - contacts with publishers;
 - cataloguing acquisitions or donations;
 - scanning of publications for the creation of an electronic library;
 - maintenance of relations with other libraries;
- Assisting both daily and long-term readers (scholars and interns, visiting experts and members of the Council, representatives of States) as required;
- Assisting members of staff;
- Any other tasks necessary for the implementation of the work of the Library, as defined in the yearly plan and instructed by the Head Librarian

Language skills:

- English;
- French;
- Italian;
- Other languages positively regarded

Treasurer

(Reporting to: Secretary General)

Main duties:

Management of the financial administration of the organisation, including:

- General execution of the financial transactions of the organisation;
- Supervision of the execution of the budget
- Supervision and management of revenues of the Institute;
- Contribution to the preparation of the annual Budget, including making calculations and drafting the accompanying Explanatory Notes;
- Supervision and assistance in the implementation of the annual auditing process, including responsibility for liaising with the auditor throughout the year, preparation of all data for the annual audit, review of the draft Financial Statements, and implementation of follow up targets;
- Under the instruction of the Secretary General, development and implementation of financial policies and procedures;
- Management of compensation and benefits in accordance with Staff Rules, responsible for payroll and salary payments, calculations and projections, close monitoring of the related budget line;
- Supervision and management of matters concerning the pension of staff members;
- Administration of book-keeping and accounting;
- Preparation of financial reports;
- Preparation of the draft Financial Statements for the annual audit;
- Process documents such as invoices, employee reimbursements and credit card statements (maintain up-to-date administration)
- Management of Organisation's insurance policies; including calculation for annual premiums;
- Supervision of finances for Special Commissions, Working Groups, Experts' Groups and other meetings including payments to temporary staff, interpreters, etc.;
- Management of the financial aspects of duty travel of professional staff;
- Contact with Italian public administrations and offices;
- Procurement.

Language skills:

- Italian
- No other language requirement specified, but preferably some knowledge of English and/or French

Secretary (General Profile)

(Reporting to the officer in charge of the project they are working on; and, in any case to the SG and the DSG)

Any particular duties to be added as required by the projects the Secretary is assisting, e.g. the Depositary functions (see *Assistant Depositary Functions*) or publications (see *Translations and Publications Assistant*) are provided separately

Main duties:

- Correspondence, including
 - *Notes verbales* to States, both member and non-member, depending on the subject-matter;
 - Correspondence for Officer or SG or DSG as necessary;
 - Registration of Correspondence in electronic archive;
 - Maintenance of electronic and printed archive of correspondence;
- Maintenance of printed document archives;
- Preparation for binding of documents prepared during the year and relations with the book-binder;
- Formatting of documents prepared by professional staff;
- Formatting of publications, both those for sale and distribution (Official commentaries, Legal guides...);
- Formatting of electronic documents (links and cross-references);
- Electronic archive of documents;
- Translation of non-legal documents;
- Translation of website postings;
- Posting materials and organising them on both internal server and website;
- Arranging for identity cards for staff from the Italian *Contenzioso diplomatico* (Foreign Affairs), as needed;
- Recording holiday requests and sick leave, as needed;
- Arrangement of external meetings for officers;
- Reception of any visitors, as required;
- Mailings by courier services;
- Replies to queries by e-mail or phone;
- Preparation for binding of documents prepared during the year and liaising with book-binder;
- Any other task requested by an Officer, Secretary-General or Deputy Secretary-General.

During meetings:

All practical needs of the organisation of meetings, including:

- Production and mailing of documents;
- Assistance to meeting participants;
- Preparation of badges and name plates;
- Seating arrangements;
- General organisation of meetings, including:

- planning for possible computer equipment;
- arranging for interpretation;
- arranging for refreshments during breaks;
- registration of participants;
- preparation of lists of participants and updating of personal data in the records kept by the Secretariat;
- replying to queries by e-mail or phone.

Language skills:

- English and French;
- Italian
- Other languages positively regarded

Secretary
(Personal Assistant to the SG)
(Reporting to: Secretary General)

Administrative support to the Secretary General, including:

- Maintaining the SG's agenda, ensuring co-ordination with the general agenda of the organisation, including co-ordinating invitations for receptions/Embassy visits;
- Co-ordinating preparations for SG's meetings and follow-up;
- Co-ordinating SG's missions abroad and follow-up;
- Preparation for and follow-up of admission of new member States;
- Co-ordinating follow up of seminars and conferences;
- Maintaining the mission and meeting chart of the organisation;
- Maintaining the overview of all articles and speeches of the SG;
- Updating lists of SG's contact persons;
- Co-ordinating invitations for Governing Council and other events;
- Planning receptions and dinners hosted by the SG;
- Preparing and handling telephone conversations for the SG;
- Filing SG's (printed and electronic) correspondence and documentation;
- Any other work as may be required by the Secretary-General, in relation to his office.

General administrative responsibilities

Throughout the year:

- Preparing posts for the website;
- Translating and revising texts.

During meetings:

Same duties as above, plus:

- Responding to delegates' queries;
- Assisting in ensuring travel and funding arrangements of delegates;
- Assisting in arranging for electronic meetings of SG and DSG;
- General support.

Language skills:

- French,
- English,
- Italian.

Depositary Functions Assistant

(duties carried out by one Secretary assisting Principal Officer with Depositary Functions)

(Reporting to the officer in charge of the project they are working on; and, in any case to the SG and the DSG)

The Assistant initiates the notification procedure for the Depositary once the Principal/Senior Officer responsible for Depositary Functions has completed the verification of the documents presented by the ratifying or acceding State.

Main duties

- Note verbale to the new Contracting State, transmitting:
 - A Certificate;
 - A status list; and
 - Signed copies of the instrument concerned;
- Notifications to the partner organizations under whose auspices the Treaty has been concluded;
- Notification to the Registry in the case of the Cape Town System
- Notification to other relevant stakeholders, when applicable
- Note verbale notifying the other Contracting States;
- Mailing an update of the status by e-mail to subscribers to the service;
- Preparation item for the website on updates , including the preparation of the relevant links

Translation and Publications Assistant

(duties carried out by one Secretary assisting Principal Officer responsible for Publications)

(Reporting to the officer in charge of the project they are working on; and, in any case to the SG and the DSG)

Translation duties

- Non-legal documents, publications and other materials;
- Posts for the website;
- Checking of translation done by others, especially externally.

Publications Assistant

- Formatting of publications;
- Contacts with the printer;
- Correspondence with all stakeholders involved in transactions over publications of UNIDROIT
- Contact with ISTAT, for the registration of the publications of the year;
- Publicity for the publications: preparation and mailing of materials;
- Registration of acquisition and distribution of publications, by means of Excel tables for each publication;

Information Technology Assistant

(Reporting to officer in charge of website, DSG and SG)

Main duties:

Website

- Editing, updating and uploading existing web pages (two languages);
- Creation and uploading of new webpages;
- Periodic, and in any case annual, preparation of plan for the update and improvement of the website.

System management

- System back-ups;
- General troubleshooting;
- Contact point for personnel regarding in-house IT issues;
- Liaising with external Information Management Consultants when necessary;
- Formulation of recommendations to management on Information Management and Knowledge Management processes;
- Participation in IT skill development events;
- Formulation of recommendations to the management concerning the implementation of any IT system or strategic development, and take part in its implementation and management;
- Maintenance of all hardware and software;
- Prevent hacker attacks and General IT security.

Information management

- FPU documents;

General administrative responsibilities:

- Assistance with conference room set up and planning as needed, including setting up of computers;
- Collaborate with colleagues on the development of surveys.

Language skills

- Italian;
- English

Meetings and Logistics Assistant (part time position)

(Reporting to DSG; SG and SG's PA)

For meetings:

- Assistance with travel arrangements;
- Assistance with financial arrangements for delegates;
- Arrangements of catering services when required;
- Assistance with logistics for external premises as required;

General logistics

- Logistics for the Institute and its premises and furnishing:
 - Furniture removal/moving;
 - New furniture orders;
 - Arrangement for restoration of ancient furniture.

Logistics for Scholarships and Visitors to the Library:

- Contacts and correspondence with scholars and researchers staying with UNIDROIT on the Scholarships Programme, including:
 - visas, relations with Italian public authorities;
 - travel arrangements;
 - housing;
 - finances, including the grant offered by UNIDROIT;
 - general introduction to life in Rome (e.g. local transport);
- Assistance in library, especially with exchange programme;
- Organisation of meetings of scholars with other professional staff;

Language skills:

- English;
- French;
- Italian;
- Any other regarded positively

Administrative Assistant (1)

(Reporting to: Treasurer and DSG/SG)

Concierge/Custodian functions:

- *Concierge:*
 - open the entrance door in the morning at 7.30, as currently established;
 - close the entrance door in the evening at 18.00, as currently established;
 - ensure opening during meetings beyond ordinary hours;
 - local travel assistance for staff and guests;
- *Resident custodian:*
 - management of the alarm system;
 - guard premises against unauthorised entries;
 - check adequate locking of the premises;
 - immediate reaction in case of breach of premises or emergency.

Language skills:

- Italian
- English and other languages to be regarded positively

Administrative Assistant (2)

(Reporting to the Officer requesting the task; and, in any case to the SG and the DSG)

Main duties:

- Administration of stock of documents;
- Assistance in administration of office supplies;
- Preparation, management and posting of incoming and outgoing mail;
- Organisation of delivery of mailing and communication to Embassies;
- Contact with public authorities and retrieval of identity cards at the *Contenzioso diplomatico*;
- Management of internal printing facilities;
- Technical support in relation to copy machines;
- Management of storage archives;
- Scanning of documents' archives to create an electronic archive of all documentation, also historical documentation, for the website of the organisation;
- Photocopying;
- Any other tasks as required by the Treasurer or Secretary-General.

During meetings:

- Removal of office furniture and installation at location of meetings;
- Supervising the installation of the microphones;
- Help organise the electronic meetings;
- General support as needed.

Language skills:

- Italian
- Other languages regarded positively