Assicurazione sanitaria

Documento informativo precontrattuale aggiuntivo per i prodotti assicurativi danni (DIP aggiuntivo Danni)

AXA Assicurazioni S.p.A.

"Protezione Salute Per Sempre"

Data ultima edizione: Novembre 2022

Il presente documento contiene informazioni aggiuntive e complementari rispetto a quelle contenute nel documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi danni (DIP Danni), per aiutare il potenziale Contraente a capire più nel dettaglio le caratteristiche del prodotto, gli obblighi contrattuali e la situazione patrimoniale dell'impresa.

Il Contraente deve prendere visione delle condizioni di assicurazione prima della sottoscrizione del contratto.

AXA Assicurazioni S.p.A., Corso Como, n. civico 17, CAP 20154; città Milano; tel. +39.02.48.084.1; sito internet: www.axa.it; PEC: axaassicurazioni@axa.legalmail.it.t

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

AXA Assicurazioni S.p.A. mette a disposizione dei clienti i seguenti recapiti per richiedere eventuali informazioni sia in merito alla Compagnia sia in relazione al Contratto proposto: numero telefonico +39.02.48.084.1 – Fax +39. 02.48.084.331; indirizzo internet: www.axa.it

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

La compagnia è Capogruppo del gruppo assicurativo AXA ITALIA iscritto all'Albo Gruppi IVASS con il n. 041 ed è stata autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa con D.M. del 31.12.1935 (Gazzetta Ufficiale del 9 aprile 1936 n. 83).

Il patrimonio netto di AXA Assicurazioni S.p.A., riferito all'ultimo bilancio approvato (esercizio 2020), ammonta a €947 milioni di cui € 232 milioni di capitale sociale interamente versato e € 406 milioni di riserve patrimoniali, compreso il risultato di esercizio e gli utili portati a nuovo.
Il solvency ratio al 31 dicembre 2020, ovvero la misura sintetica del grado di solidità patrimoniale della Compagnia, calcolata secondo i criteri e le modalità indicate dalla Direttiva 2009/138/CE del Parlamento Europeo e dal Regolamento delegato (UE) 2015/35, come rapporto tra Fondi propri ammissibili per la copertura del Requisito patrimoniale di solvibilità ed il Requisito stesso, è pari al 167% post dividendo prevedibile.
Per informazioni patrimoniali sulla società (relazione sulla solvibilità e sulla condizione finanziaria dell'impresa) è possibile consultare il sito: www.axa.it
Al contratto si applica la legge italiana.

Che cosa è assicurato?

Protezione Salute Per Sempre è una polizza sanitaria a rimborso spese delle mediche ospedaliere ed extraospedaliere integrata con prestazioni di prevenzione e servizi di assistenza. Il prodotto prevede un'offerta completa e predefinita di garanzie e massimali non modificabile.
L'ampiezza dell'impegno della Compagnia è rapportata ai massimali, alle somme assicurate o al massimo numero di prestazioni contrattualmente erogabili.

Ricoveri, interventi e day hospital	In caso di **ricovero**, **day surgery** o **intervento chirurgico ambulatoriale**, la garanzia copre le spese sostenute: ✓ **180 giorni** precedenti l'inizio del ricovero, la data del day surgery o dell'intervento chirurgico ambulatoriale **in caso di infortunio o malattia** per visite specialistiche, accertamenti diagnostici, esami, analisi di laboratorio, trattamenti fisioterapici o rieducativi, onorari medici. Trasporto dell'assicurato (anche in caso di parto o aborto terapeutico). ✓ **Durante** il ricovero, il day surgery o l'intervento chirurgico ambulatoriale **in caso di infortunio, malattia, parto o aborto terapeutico** per onorari dell'equipe partecipante all'intervento, diritti di sala operatoria e materiale utilizzato durante l'intervento, assistenza medica/infermieristica, cure, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali, visite, accertamenti, esami, analisi. Rette di degenza e dell'accompagnatore. Spese in caso di trapianto di organi. Trasporto dell'assicurato.

	E' prevista un'indennità sostitutiva – diaria giornaliera - qualora l'Assicurato non abbia richiesto ad AXA alcun rimborso relativo alle spese sostenute durante il ricovero, il day surgery o l'intervento chirurgico ambulatoriale. La copertura prevede le seguenti estensioni: -chirurgia plastica ricostruttiva per simmetrizzazione controlaterale in caso di neoplasia/infortunio -applicazione e costo di protesi dentarie per neoplasie/infortunio -ricovero in hospice per cure terminali palliative -Interventi chirurgici sul feto, cure del neonato praticate in regime di ricovero ✓ **180 giorni** successivi alla cessazione del ricovero, alla data del day surgery o dell'intervento chirurgico ambulatoriale **in caso di infortunio o malattia** per visite specialistiche, accertamenti diagnostici, esami, analisi di laboratorio, onorari medici. Acquisto/noleggio apparecchi ortopedici/protesici/fisioterapici. Trasporto dell'assicurato (anche in caso di parto o aborto terapeutico). **In caso di day hospital / Pronto Soccorso** (con permanenza superiore a 8 ore), la garanzia copre le spese sostenute per trattamenti terapeutici eseguiti **durante la sola degenza in caso di infortunio o malattia:** accertamenti diagnostici, assistenza medica/infermieristica, trattamenti fisioterapici e rieducativi, farmacologici, radioterapici, rette di degenza. E' prevista un'indennità sostitutiva – diaria giornaliera - qualora l'Assicurato non abbia richiesto ad AXA alcun rimborso relativo alle spese sostenute durante il day hospital o la permanente al Pronto Soccorso.
Extraospedaliere	La garanzia copre le spese sostenute in caso di **infortunio o malattia** per: a) accertamenti diagnostici, esami ed analisi di laboratorio resi necessari da malattia o infortunio; b) visite mediche rese necessarie da malattia o infortunio, escluse quelle odontoiatriche e ortodontiche; c) follow up: per le seguenti patologie: neoplasie maligne, infarto miocardico acuto e ictus cerebro vascolare; d) trattamenti fisioterapici e rieducativi. e) terapie neoplastiche: terapie ambulatoriali rese necessarie da neoplasie. Sono comprese anche le visite di consulenza psicologica a seguito di neoplasia maligna. La garanzia copre inoltre le spese sostenute per: f) **Gravidanza e post parto**: visite, accertamenti diagnostici, esami ed analisi di laboratorio di controllo dell'andamento dello stato di gravidanza e dello stato di post parto.
Prevenzione	La garanzia prevede la possibilità di eseguire un **check up di prevenzione, un check up sportivo** e un **test nutrizionale**.
Assistenza	La garanzia prevede prestazioni in caso di urgenza: a) **Emergenza**: Consulenza telefonica medica e pediatrica, Invio del medico generico, pediatra, o ambulanza sul posto, Consegna del farmaco a domicilio, Trasporto sanitario, Accompagnatore in caso di trasporto sanitario, Trasporto salma, Rientro anticipato da un viaggio per malattia o infortunio di un familiare, Reperimento contatti di Assistenza domiciliare b) **Orientamento**: Informazioni sulla sanità, ricerche medico/scientifiche e protocolli di cura, donne partorienti/nascita bambino, Banca Cellule Staminali del cordone ombelicale c) **Estero**: Malattia improvvisa o grave infortunio, Interprete, collegamento telefonico con la struttura sanitaria, Trasmissione comunicazioni urgenti, Viaggio di un familiare in caso di ricovero, Prolungamento soggiorno dei familiari per ricovero dell'Assicurato, Rientro dell'Assicurato convalescente al proprio domicilio, Rientro/Assistenza dei figli minori privi di tutela, Reperimento di medicinali urgenti d) **My doctor:** Teleconsultazione medica e specialistica, Prescrizione medica e) **Assistenza domiciliare e c/o struttura a massimale a consumo**: **Area professionale**: Assistenza infermieristica a domicilio, Assistenza infermieristica H/24 presso la struttura di ricovero, Invio fisioterapista a domicilio, Prelievo campioni, Ritiro di esami ed analisi di laboratorio o accertamenti diagnostici, Reperimento di presidi medico-chirurgici, Ecografia/Radiografia a domicilio **Area pratica**: Invio collaboratrice domestica, baby sitter, dog sitter, badante, spesa a casa, disbrigo delle quotidianità, Autista sostitutivo, Assistenza non specialistica H/24 presso l'istituto di cura, Servizio di accompagnamento per visite mediche o cicli di terapia f) **Consulenza medica specialistica**, g) **Second Opinion**, h) **Trattamento professionale di estetica oncologica**, i) **Assistenza post ricovero**: Telemedicina, Telemonitoraggio Post Intervento/ Visual Medicare, Cartella Medica Personale, Promemoria della terapia post ricovero
	OPZIONE CON RIDUZIONE DEL PREMIO
Condizione Particolare P1: Ricoveri, Interventi, day hospital con franchigia	Relativamente alla garanzia **Ricoveri, Interventi, day hospital.** Il rimborso è effettuato con la **detrazione di una franchigia di €2.000** per ogni ricovero, day hospital/day surgery o intervento chirurgico ambulatoriale. La franchigia non si applica in caso di erogazione dell'indennità sostitutiva – diaria giornaliera. La franchigia si applica una sola volta in caso di ricoveri ravvicinati.

Condizione Particolare P2: Garanzia Extraospedaliere senza visite specialistiche	Relativamente alla garanzia **Extraospedaliere** La garanzia Extraospedaliere sarà operante **con esclusione delle visite mediche rese necessarie da malattia o infortunio.**

Che cosa NON è assicurato?

Rischi Esclusi	**Sezione Malattia.** **Garanzie: Ricoveri, Interventi, Day hospital, ed Extraospedaliere.** Premesso quanto specificato nel DIP relativamente alle eventuali esclusioni espressamente riportate sul questionario sanitario in base alle dichiarazioni dello stato di salute dell'Assicurato, l'assicurazione non è operante per: 1) le malattie e gli stati patologici conosciuti e/o diagnosticati anteriormente alla stipulazione del contratto sottaciuti ad AXA con dolo o colpa grave all'atto della stipula del contratto; 2) le prestazioni sanitarie e la cura delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, ivi compresi i comportamenti nevrotici e le loro conseguenze e complicanze; 3) le prestazioni sanitarie e le cure relative a psicoterapia e/o altre prestazioni terapeutiche relative a depressione, stati d'ansia e tutti i disturbi mentali, ivi compresi quelli comportamentali, riconosciuti dal DSM IV (Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali) salvo quanto previsto dall'Art. 2 lettera e); 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 prestazioni sanitarie e la cura dell'alcolismo e della tossicodipendenza e le loro conseguenze e complicanze; 7) la cura di intossicazioni conseguenti ad abuso di alcoolici o ad uso non terapeutico di psicofarmaci, di stupefacenti o di allucinogeni; 8) le prestazioni sanitarie relative a infezione H.I.V. o sindrome da immunodeficienza acquisita (A.I.D.S.), e loro conseguenze e complicanze; 9) gli infortuni causati dallo stato di ubriachezza dell'Assicurato o dall'effetto di allucinogeni, stupefacenti o psicofarmaci assunti non a scopo terapeutico dall'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) gli infortuni causati dalla pratica di sport aerei in genere o dalla partecipazione a gare motoristiche ed alle relative prove; 12) 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 dall'Art. 1 lettera l); 13) le prestazioni sanitarie, le cure e gli interventi per la eliminazione o correzione di malformazioni, salvo quanto previsto dall'Art. 1 lettera l) e salvo le malformazioni di cui l'Assicurato sia portatore inconscio; 14) la correzione dei vizi di rifrazione (miopia, astigmatismo, ipermetropia e presbiopia); 15) le prestazioni sanitarie, le applicazioni, le cure e gli interventi di carattere estetico (salvo quanto previsto dall'Art. 1 lettera i) 16) le protesi dentarie nonché le prestazioni e le cure odontoiatriche ed ortodontiche (comprese le parodontopatie) - salvo quanto previsto dall'Art. 1 lettera j) 17) le prestazioni sanitarie non riconosciute dalla medicina ufficiale, quelle non effettuate da medici o paramedici abilitati all'esercizio dell'attività professionale salvo quanto previsto dall'Art. 2 lettera e); 18) 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.); 19) le conseguenze di movimenti tellurici, inondazioni ed eruzioni vulcaniche, (salvo quanto previsto dall'Art. 21 - "Eventi naturali catastrofici"); 20) le conseguenze di guerre (dichiarate o non dichiarate), insurrezioni, (salvo quanto previsto dall'Art. 22 - "Rischio di guerra"); 21) le conseguenze di qualsiasi atto di terrorismo, di tumulti popolari, atti violenti od aggressioni, cui l'Assicurato abbia preso parte attiva; 22) le prestazioni sanitarie e le cure fitoterapiche, idropiniche, dietetiche e termali (salvo per queste ultime quanto previsto nelle specifiche garanzie). I trattamenti di agopuntura salvo quelli effettuati da medici agopuntori a scopo terapeutico; 23) le spese non direttamente inerenti la cura o l'intervento, quali ad esempio spese per telefonate, televisione, bar, ristorante e simili; 24) gli accertamenti diagnostici, la psicoterapia, le terapie mediche e quelle chirurgiche, legati ai disturbi d'identità sessuale;

	25) le prestazioni finalizzate alla prevenzione delle patologie familiari; 26) gli interventi di chirurgia bariatrica e le prestazioni finalizzate alla cura dell'obesità ad eccezione dei casi di obesità di III grado (Indice di Massa Corporea uguale o superiore a 40);
	Sezione Assistenza. **Garanzia Assistenza** Ferme le esclusioni relative alla sezione malattia, le prestazioni di assistenza non sono inoltre fornite per i viaggi estremi in zone remote raggiungibili solo con l'utilizzo di mezzi di soccorso speciali. Sono escluse le spese di ricerca dell'Assicurato in mare, lago, montagna o deserto. Sono altresì escluse le prestazioni, o le spese, non autorizzate specificatamente da AXA Assistance. Per il servizio di Second Opinion AXA Assistance è sollevata da responsabilità in caso di mancata ricezione o di danneggiamento della documentazione e per tutto ciò che concerne l'operato dello specialista.

Ci sono limiti di copertura?

Garanzia	Limiti di copertura
Ricoveri, interventi e day hospital	- Parto fisiologico: €4.000 - Parto con taglio cesareo, aborto terapeutico: €8.000 - Applicazione di protesi dentarie (comprese il costo di quest'ultime), a seguito di neoplasie benigne o infortunio documentato da referto di pronto soccorso o di ricovero: €10.000 - Interventi sul feto e ricoveri per neonati nei primi 180 giorni di vita €100.000; - Indennità sostitutiva: €200 per ogni giorno di ricovero/day surgery/intervento chirurgico ambulatoriale per max 180 giorni - Indennità sostitutiva (day hospital):€100 per ogni giorno di day hospital o di permanenza al pronto soccorso superiore a 8 ore per max 180 giorni. - Acquisto/noleggio apparecchi ortopedici/protesici/fisioterapici €10.000 per max 180 giorni successivi al ricovero o all'intervento chirurgico senza ricovero.
Extraospedaliere	- Follow Up: Fino a dieci anni dalla data di cessazione del ricovero del primo intervento o dell'intervento di recidiva. - Gravidanza e post parto: €1.000 entro un limite di 60 giorni successivi al parto. **Applicazione dello scoperto:** - scoperto del **20%** a carico dell'Assicurato con il **minimo di €50** per ogni visita medica e per ogni serie di accertamenti diagnostici o per ogni ciclo di trattamenti o terapie previsti da un'unica prescrizione medica e relative alla stessa patologia o sospetto diagnostico. - qualora l'Assicurato, previa autorizzazione della Centrale Operativa, si rivolga ad un istituto di cura o centro diagnostico convenzionato con AXA, il minimo a carico dell'Assicurato è ridotto a **€30.** **Rimborso integrale**: Verranno rimborsate integralmente le spese sostenute: - a seguito di neoplasia maligna per test genomico, terapie ambulatoriali e le visite di consulenza psicologica - per ticket relativi a tutte le prestazioni previste dal presente articolo nel caso in cui l'Assicurato sia ricorso al Servizio Sanitario Nazionale
Prevenzione	**Check Up** - 1 check up ogni 360 giorni a scelta tra prevenzione o sportivo. - Franchigia di €100,00 per i check up successivi al primo. **Test Nutrizionale** 1 test DNA nutrizionale non ripetibile.
Assistenza	- Emergenza: Trasporto sanitario: € 5.000per Assicurato e per sinistro Consegna del farmaco a domicilio: massimo 2 consegne per Assicurato e per anno assicurativo; - Prestazioni valide solo all'estero: Trasmissione comunicazioni urgenti entro il limite di 7 comunicazioni per sinistro Prolungamento soggiorno dei familiari per ricovero dell'Assicurato: spese per il loro pernottamento in albergo entro il limite di €80 per notte e per persona e €1.000 per sinistro - My Doctor: Consulenza: cardiologo, ortopedico, ginecologo, pneumologo, dermatologo, neurologo, allergologo 5 prestazioni per specialista per Assicurato e per anno assicurativo. Consulenza psicologo massimo 2 prestazioni per Assicurato e per anno assicurativo - Assistenza domiciliare e c/o struttura a massimale a consumo: € 2.500 per Assicurato e per sinistro, fino a un massimo di 3 sinistri per Assicurato e per anno assicurativo; - Consulenza specialistica: Nutrizionista 1 volta per Assicurato e per anno assicurativo

	- Second opinion: la prestazione non è ripetibile, pertanto non può essere richiesta per patologie per le quali sia già stata erogata - Trattamento professionale di estetica oncologica: 5 trattamenti per anno assicurativo - Assistenza post ricovero: Promemoria della terapia post ricovero: un massimo di 14 giorni per sinistro, decorrenti dalla data della richiesta di attivazione del servizio, e per un massimo di 2 sinistri per Assicurato e per anno assicurativo.

Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?	
Cosa fare in caso di sinistro?	**Denuncia 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 www.axa.it, entro tre giorni da quando ne ha avuto conoscenza. 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 800.085.559 per chiamate dall'Italia** **Numero +39.06.45.202.137 per chiamate dall'Estero** *Servizio telefonico disponibile dal lunedì al venerdì dalle 9.00 alle 19.00 e il sabato dalle 9.00 alle 13.00* **Portale Web all'indirizzo** www.axa.it Nel caso di ricovero o intervento chirurgico in strutture sanitarie e/o medici convenzionati - salvo i casi di comprovata urgenza - al fine di agevolare le procedure per il ricovero occorre contattare telefonicamente la Centrale Operativa con un preavviso di almeno 48 ore. La Centrale Operativa, previa verifica della posizione amministrativa e clinica, provvederà ad autorizzare o negare l'effettuazione della prestazione in regime di convenzione presso istituti di cura, centri diagnostici e medici prescelti. La denuncia deve essere corredata dalla documentazione medica richiesta, come disposto nei criteri - "Criteri di liquidazione- Pagamento dell'indennizzo". L'Assicurato deve consentire le indagini e gli accertamenti necessari nonché, su richiesta di AXA, sottoporsi agli eventuali accertamenti e controlli medici disposti da suoi incaricati, fornire ogni informazione e produrre copia di ogni documentazione sanitaria richiesta sciogliendo dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato, acconsentendo al trattamento dei dati personali a norma del Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati n. 2016/679 e del D.Lgs. n. 196/03 e successive modifiche.
	Assistenza diretta/in convenzione: 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 delle garanzie malattia può essere affidata da AXA Assicurazioni a provider esterni.
	Gestione da parte di altre imprese: i servizi di assistenza sono gestiti da AXA Assistance con i seguenti contatti: **Numero Verde 800.27.13.43 per chiamate dall'Italia** **Numero +39.06.42.11.55.05 per chiamate dall'Estero** **Fax +39.06.47.43.262** Axa Assistance: INTER PARTNER ASSISTANCE S.A. - Rappresentanza Generale per l'Italia - Via Carlo Pesenti, 121 - 00156 Roma. 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.
	Prescrizione: I diritti derivanti dal presente contratto di assicurazione si prescrivono dopo due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda.
Dichiarazioni inesatte o reticenti	**Dichiarazioni inesatte o reticenti:** Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente o dell'Assicurato relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, quali l'esistenza di malattie pregresse o le conseguenze di infortuni, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione.
Obblighi dell'impresa	**Obblighi dell'impresa:** Axa, verificata l'operatività della garanzia, ricevuta la documentazione relativa al sinistro e compiuti

	gli accertamenti del caso, determina l'indennizzo che risulti dovuto, ne dà comunicazione all'interessato e, avuta notizia dell'accettazione, provvede al pagamento entro 15 giorni. Il pagamento dell'indennizzo viene effettuato, a cura ultimata, in Italia e in valuta corrente, anche per le spese sostenute all'estero, al cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta dall'Assicurato.

Quando e come devo pagare?

Premio	Il contratto, salvo diversa pattuizione fra le Parti, è stipulato con frazionamento annuale, dove per frazionamento deve intendersi la periodicità di pagamento del premio. E' consentito il frazionamento semestrale, quadrimestrale, trimestrale e mensile senza ulteriori oneri aggiuntivi. I premi devono essere pagati all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza oppure ad AXA Assicurazioni S.p.A. con le seguenti modalità: a) assegni bancari, postali o circolari, muniti della clausola di non trasferibilità, intestati all'impresa per conto della quale operano o a quella di cui sono distribuiti i contratti, oppure all'intermediario, espressamente in tale qualità; b) ordini di bonifico, altri mezzi di pagamento bancario o postale, sistemi di pagamento elettronico, che abbiano quale beneficiario uno dei soggetti indicati alla precedente lettera a). È consentito pagare in contanti i premi per l'assicurazione contro i danni, di cui all'articolo 2, comma 3 del decreto sopra indicato, aventi importo non superiore a settecentocinquanta euro annui per ciascun contratto. Il contratto prevede l'adeguamento del premio per età e l'applicazione dell'indice ISTAT ad ogni rinnovo annuale. Gli oneri fiscali relativi all'assicurazione sono a carico del Contraente e compresi nel premio di polizza. Axa ha la facoltà di adeguare il premio in occasione del rinnovo annuale nei casi e nei termini contrattualmente previsti dalla clausola di salvaguardia.
Rimborso	Il contratto non prevede rimborso di premi.

Quando comincia la copertura e quando finisce?

Durata	La durata del contratto di assicurazione è annuale e si rinnova tacitamente per un altro anno e così successivamente di anno in anno, ad ogni scadenza annuale, in mancanza di disdetta. Le garanzie salute malattia e assistenza sono valide dalle ore 24: - del giorno di effetto dell'assicurazione, per gli infortuni, il check up e il test DNA nutrizionale occorsi successivamente a tale data; - del 30° giorno successivo a quello di effetto dell'assicurazione, per le malattie; - del 120° giorno successivo a quello di effetto dell'assicurazione, per: gravidanza, parto, malattie dipendenti da gravidanza e l'aborto terapeutico, purché la gravidanza abbia avuto inizio in un momento successivo a quello di effetto dell'assicurazione; - del 180° giorno successivo a quello di effetto dell'assicurazione, per le conseguenze di stati patologici, sottoposti ad accertamenti o curati anteriormente alla stipulazione dell'assicurazione, dichiarati dall'Assicurato e se accettati da AXA, nonché per le conseguenze di stati patologici non conosciuti dall'Assicurato ma insorti anteriormente alla stipulazione della polizza; - del 360° giorno successivo a quello di effetto dell'assicurazione per varici, emorroidi, ernie anche discali salvo non sia prevista contrattualmente apposita esclusione. Qualora la polizza sia stata emessa in sostituzione o in prosecuzione di altra con la medesima società - senza soluzione di continuità, gli anzidetti termini operano: Per la garanzia Ricovero, interventi, day hospital: - dal giorno di effetto della garanzia di cui alla polizza sostituita, per le prestazioni ed i massimali da quest'ultima risultanti per gli stessi Assicurati; - dal giorno di effetto della garanzia di cui alla presente polizza, limitatamente alle maggiori somme e alle diverse prestazioni da quest'ultima previste per gli stessi Assicurati; - dal giorno di effetto della garanzia di cui alla presente polizza per i nuovi Assicurati. Per la garanzia Extraospedaliere: - dal giorno di effetto della garanzia di cui alla presente polizza per i nuovi Assicurati.
Sospensione	Le garanzie non possono essere sospese.

Come posso disdire la polizza?	
Ripensamento dopo la stipulazione	E' facoltà del contraente disdettare la polizza tramite lettera raccomandata inviata almeno 30 giorni prima della scadenza annuale del contratto o dei suoi successivi rinnovi.
Risoluzione	Non vi sono ulteriori informazioni rispetto a quelle fornite nel DIP

A chi è rivolto questo prodotto?

Il prodotto è indirizzato a singoli assicurati, famiglie o piccole collettività con un limite di 12 assicurati che intendano tutelarsi in caso di infortunio e malattia.

Quali costi devo sostenere?

Costi di intermediazione: le provvigioni relative al prodotto, differiscono in base all'Agenzia/intermediario alla quale è assegnata la polizza. Il costo di intermediazione medio (senza considerare eventuali rappels e simili), cioè la provvigione ricorrente annuale standard di prodotto è circa del 23,1% del premio assicurativo imponibile (al netto delle imposte).

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?	
All'impresa assicuratrice	Eventuali reclami relativi ad un contratto o servizio assicurativo nei confronti dell'Impresa di assicurazione devono essere preliminarmente presentati per iscritto (posta, email/PEC) all'Ufficio Gestione Reclami secondo le seguenti modalità: **Mail:** reclami@axa.it **PEC:** reclamiisvapaxa@axa.legalmail.it **Posta: AXA ASSICURAZIONI S.p.A. - C.A. Ufficio Gestione Reclami - Corso Como, 17 - 20154 MILANO** avendo cura di indicare: • nome e cognome, indirizzo completo e recapito telefonico del reclamante; • numero della polizza e nominativo del Contraente; • numero e data del sinistro al quale si fa riferimento; • indicazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato; • breve ed esaustiva descrizione del motivo di lamentela; • ogni altra indicazione e documento utile per descrivere le circostanze. Sarà cura della Compagnia fornire riscontro entro 45 giorni dalla data di ricevimento del reclamo. Per eventuali reclami aventi ad oggetto il comportamento di un Agente piuttosto che di un collaboratore/dipendente di quest'ultimo, il termine di riscontro di cui sopra potrà essere sospeso per un periodo di 15 giorni, al fine di garantire il contraddittorio con il suddetto intermediario e consentire allo stesso di effettuare le necessarie integrazioni istruttorie e di esprimere le proprie posizioni relativamente all'oggetto del reclamo così come previsto dalla normativa vigente. Nel caso di mancato o parziale accoglimento del reclamo, nella risposta verrà fornita una chiara spiegazione della posizione assunta sia dalla Compagnia che dall'Agente interessato in relazione al reclamo stesso ovvero della sua mancata risposta.
All'IVASS	In caso di esito insoddisfacente o risposta tardiva, è possibile scrivere all'IVASS Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma; fax 06.42133206, PEC: tutela.consumatore@pec.ivass.it fornendo copia del reclamo già inoltrato ad AXA Assicurazioni S.p.A. ed il relativo riscontro anche utilizzando il modello presente nel sito dell'IVASS www.ivass.it alla sezione "per i Consumatori - Reclami". Per maggiori informazioni si rimanda a quanto presente nell'area Reclami del sito: **www.axa.it** Eventuali reclami relativi alla mancata osservanza da parte della Compagnia, degli intermediari e dei periti assicurativi, delle disposizioni del Codice delle assicurazioni, delle relative norme di attuazione nonché delle norme sulla commercializzazione a distanza dei prodotti assicurativi possono essere presentati direttamente all'IVASS, secondo le modalità sopra indicate.
PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile, avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali:	
Mediazione	Interpellando un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito www.giustizia.it. Per attivare la procedura, il contraente, l'Assicurato o il danneggiato dovranno rivolgersi ad un Organismo di Mediazione del luogo del Giudice territorialmente competente per la controversia, che provvederà a trasmettere alla Compagnia la domanda di attivazione, con indicazione della data fissata per il primo incontro. La Compagnia provvederà a rispondere almeno 7 giorni lavorativi prima della data prevista per il primo incontro.

Negoziazione assistita	Tramite richiesta del proprio avvocato all'impresa assicuratrice.
Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie	**Arbitrato irrituale**: laddove espressamente previsto dalle Condizioni Generali di Assicurazione, per controversie relative alla determinazione del valore del danno o alle conseguenze di natura medica di un sinistro, che verranno devolute ai consulenti tecnici nominati da ciascuna delle Parti. Per attivare la procedura è necessario comunicare alla Compagnia la volontà di dare avvio alla stessa. La Compagnia provvederà a dare riscontro al richiedente indicando il nominativo del proprio consulente tecnico e la Procedura seguirà le modalità espressamente indicate nella relativa previsione di Polizza. **Arbitrato**: qualora per la risoluzione di eventuali controversie si dovesse ricorrere in arbitrato, così come regolamentato dall'articolo: "Procedura per la valutazione del danno (arbitrato irrituale)" delle Condizioni Generali di Assicurazione, si rammenta la possibilità in ogni caso di rivolgersi all'Autorità Giudiziaria. Il Collegio Medico risiede nella località scelta consensualmente tra le Parti; in caso di disaccordo il Collegio Medico risiede nel comune, sede di Istituto di Medicina Legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato. **Conciliazione paritetica gratuita per l'Assicurato:** tramite una delle Associazioni dei consumatori aderenti al sistema e indirizzando una richiesta di conciliazione secondo le modalità descritte sui siti: www.ivass.it - www.ania.it

PRIMA DI COMPILARE IL QUESTIONARIO SANITARIO, LEGGI ATTENTAMENTE LE RACCOMANDAZIONI E AVVERTENZE CONTENUTE IN POLIZZA. EVENTUALI DICHIARAZIONI INESATTE O NON VERITIERE POSSONO LIMITARE O ESCLUDERE DEL TUTTO IL DIRITTO ALLA PRESTAZIONE ASSICURATIVA.

PER QUESTO CONTRATTO L'IMPRESA DISPONE DI UN'AREA INTERNET RISERVATA AL CONTRAENTE (c.d. HOME INSURANCE), PERTANTO DOPO LA SOTTOSCRIZIONE POTRAI CONSULTARE TALE AREA E UTILIZZARLA PER GESTIRE TELEMATICAMENTE IL CONTRATTO MEDESIMO.

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

- le tue coperture assicurative in essere;
- le tue condizioni contrattuali (standard);
- lo stato del pagamento dei tuoi premi e le relative scadenze.

My AXA è la nuova App dedicata a tutti i nostri clienti, scarica la App da Play Store e App Store!