

Malattia privati/ non standard

Il presente fascicolo informativo contenente

- **Nota Informativa comprensiva del Glossario**
- **Condizioni Generali di Assicurazione comprensive dell'Informativa sulla Privacy**

DEVE ESSERE CONSEGNATO AL CONTRAENTE PRIMA DELLA SOTTOSCRIZIONE DEL CONTRATTO O, DOVE PREVISTA, DELLA PROPOSTA DI ASSICURAZIONE.

PRIMA DELLA SOTTOSCRIZIONE LEGGERE ATTENTAMENTE LA NOTA INFORMATIVA

**Contratto di assicurazione malattia
rimborso spese mediche**

PAGINA BIANCA

Nota informativa

NOTA INFORMATIVA CONTRATTO DI ASSICURAZIONE DEL RAMO MALATTIA

(predisposta in conformità del D.Lgs. 7 Settembre 2005, N. 209 art. 185 – Codice delle assicurazioni private e regolamento ISVAP n. 24 del 18/05/2008 e il regolamento ISVAP n. 35 del 26 Maggio 2010).

Avvertenza

La presente Nota Informativa è redatta secondo lo schema predisposto dall'IVASS, ma il suo contenuto non è soggetto alla preventiva approvazione dell'IVASS. Il Contraente deve prendere visione delle condizioni di assicurazione prima della sottoscrizione della polizza.

La Nota informativa non sostituisce quanto regolamentato dalle condizioni generali di assicurazione.

Le definizioni contenute nel Glossario riportato nella Nota Informativa, integrano e precisano quanto disciplinato all'interno delle C.G.A.

A - INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE

1. Informazioni generali

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.

La Compagnia 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; indirizzo di posta elettronica: Infodanni@axa.it

La Compagnia 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 Isvap n.1.00025, Capogruppo del gruppo assicurativo AXA ITALIA iscritto all'Albo Gruppi IVASS con il n. 041.

2. Informazioni sulla situazione patrimoniale dell'impresa di assicurazione

Il patrimonio netto di AXA ASSICURAZIONI S.p.A. riferito all'ultimo bilancio approvato (esercizio 2014) ammonta a € 812 milioni di cui € 211 milioni di capitale sociale interamente versato e € 601 milioni di riserve patrimoniali, compreso il risultato di esercizio.

L'indice di solvibilità di AXA ASSICURAZIONI S.p.A., ovvero l'indice che rappresenta il rapporto tra l'ammontare del margine di solvibilità disponibile e l'ammontare del margine di solvibilità richiesto dalla normativa vigente, riferito alla gestione danni e relativo all'ultimo bilancio approvato, è pari al 190,46%.

B - INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

Durata e proroga del contratto

Il contratto, è di durata annua e prevede il rinnovo automatico alla sua naturale scadenza per un anno (Art. 6 delle C.G.A.).

Avvertenza: in mancanza di disdetta data da una delle Parti almeno 90 giorni prima della scadenza dell'assicurazione (Art. 6 delle C.G.A.) il contratto è tacitamente prorogato per un anno e così successivamente.

3. Coperture assicurative offerte - Limitazioni ed esclusioni

Malattia privati non standard è una polizza rimborso spese mediche che prevede:

- 1) **Ricoveri, interventi e day hospital:** ricoveri, interventi chirurgici ambulatoriali, day hospital e day surgery, comprese le spese sostenute prima e dopo il ricovero con o senza intervento chirurgico. (Art. 10 G.C.A.);

Nota informativa

Garanzie complementari

2) **Alta specializzazione:** accertamenti diagnostici ad alta specializzazione (TAC, RMN, ecc.) - (Art. 11 C.G.A.);

Garanzie accessorie

3) **Rimborso spese mediche da infortunio** (Art. 12 C.G.A.);

4) **Indennità giornaliera per convalescenza post-ricovero** (Art. 13 C.G.A.);

5) **Eventi naturali catastrofici** (Art. 19 C.G.A.);

6) **Rischio guerra** (Art. 20 C.G.A.);

7) **Prestazioni assistenziali** (Art. 22 C.G.A.);

8) **Prestazioni di assistenza** (Artt. 32 e 33 C.G.A.).

Avvertenza

Esclusioni e limiti delle coperture assicurative

Il contratto prevede alcune limitazioni ed esclusioni alle coperture assicurative, regolarmente esplicitate negli articoli delle C.G.A. ed evidenziati in neretto o con retinatura.

Specificatamente:

- All'art. 10 "Oggetto dell'assicurazione";
- All'art. 12 "Rimborso spese mediche da infortunio";
- All'art. 13 "Indennità giornaliera per convalescenza post ricovero";
- All'art. 15 "Esclusioni";
- All'art. 17 "Persone non assicurabili";
- All'art. 20 "Rischio guerra";
- All'art. 22 "Prestazioni assistenziali";
- All'art. 33 "Prestazioni di assistenza".

Avvertenza

Presenza di franchigie, scoperti e massimali (massimo limite d'indennizzo)

Il contratto prevede l'applicazione di franchigie e/o scoperti e/o massimali alle coperture assicurative di cui al presente punto della Nota Informativa. La loro applicazione può comportare la riduzione o il mancato pagamento dell'indennizzo.

Specificatamente:

- All'art. 10 "Oggetto dell'assicurazione";
- All'art. 11 "Alta specializzazione";
- All'art. 12 "Rimborso spese mediche da infortunio";
- All'art. 13 "Indennità giornaliera per convalescenza post ricovero";
- All'art. 16 "Limite di età";
- All'art. 22 "Prestazioni assistenziali";
- All'art. 33 "Prestazioni di assistenza".

Esempi di applicazione di Franchigia:

Importo fattura 1.000,00 euro, franchigia prevista in polizza 100,00 per sinistro. Importo liquidato 900,00 euro (1.000,00 - 100,00 = 900,00).

Nota informativa

Esempio di applicazione di Franchigia con limite massimo d'indennizzo o risarcimento:

Importo Fattura 3.000,00 euro, previsto in polizza limite massimo d'indennizzo pari a 2.500,00, franchigia prevista in polizza 100,00. Importo liquidato 2.500,00 euro (pari 3.000,00 - 100,00 = 2.900,00. Poiché il limite di indennizzo è 2.500,00, l'importo liquidabile non può essere superiore.

Esempi di applicazione di Scoperto con il minimo:

Importo fattura 10.000,00 euro, previsto in polizza Scoperto 10% con il minimo di 250,00 euro per sinistro. Importo liquidato 9.000,00 euro (10.000,00 - 10% = 9.000,00), poiché il 10% di 10.000,00 euro (cioè 1.000,00 è superiore al minimo di 250,00).

Esempi di applicazione di Scoperto con il minimo e in concomitanza con limite massimo di indennizzo o risarcimento:

Importo fattura 11.000,00 euro, previsto in polizza Scoperto 10% con il minimo di 250,00 euro per sinistro e limite massimo di indennizzo di 15.500,00 euro per sinistro e per anno assicurativo. Importo liquidato 9.900,00 euro (pari 11.000,00 - 10% = 9.900,00), poiché il 10% di 11.000,00 euro (cioè 1.100 è superiore al minimo di 250,00) e l'importo totale di 9.900,00 euro è inferiore al limite massimo di indennizzo di 15.500,00 euro.

Importo Fattura 20.000,00 euro, previsto in polizza Scoperto 10% con il minimo di 250,00 euro per sinistro e limite massimo di indennizzo di 15.500,00 euro per sinistro e per anno assicurativo. Importo liquidato 15.500,00 euro poiché l'importo di 18.000,00 euro (pari 20.000,00 - 10% = 18.000,00) è superiore al limite massimo di indennizzo di 15.500,00 euro.

4. Periodi di carenza contrattuale

Avvertenza

Presenza di carenze ovvero termini di aspettativa

Il contratto prevede dei limiti temporali alla operatività delle garanzie. Pertanto si richiama l'attenzione del Contraente/Assicurato al fatto che contratti sopra indicati prevedono dei termini di aspettativa o carenza ossia dei periodi temporali in cui le garanzie di polizza, in tutto o in parte, non sono operative.

Specificatamente:

- All'art. 14 "Decorrenza della garanzia - Termini di aspettativa".

5. Dichiarazioni dell'Assicurato in ordine alle circostanze del rischio – Questionario sanitario - Nullità

Avvertenza

Dichiarazioni false e reticenti in sede di **conclusione del contratto**, potrebbero comportare la cessazione dello stesso con la perdita totale o parziale dell'indennizzo/risarcimento, così come disposto dall'art. 1 delle C.G.A.

Avvertenza

Dichiarazioni false e reticenti in sede di compilazione del **questionario sanitario**, ove previsto, potrebbero comportare l'annullamento dello stesso con la perdita totale o parziale dell'indennizzo / risarcimento.

6. Premi

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 solo frazionamento annuale.

Gli intermediari possono ricevere dal contraente, a titolo di pagamento dei premi assicurativi (D.Lgs. 7 settembre 2005, N. 209 – Codice delle assicurazioni private):

Nota informativa

- 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).

Per i contratti di assicurazione contro i danni, di cui all'articolo 2, comma 3 del decreto, il divieto riguarda i premi di importo superiore a settecentocinquanta euro annui per ciascun contratto. Il divieto non opera per le coperture del ramo responsabilità civile auto e per le relative garanzie accessorie, se ed in quanto riferite allo stesso veicolo assicurato per la responsabilità civile auto.

7. Rivalse

AXA rinuncia, a favore dell'Assicurato o dei suoi aventi diritto, al diritto di surrogazione che le compete ai sensi dell'art. 1916 del c.c. (Art. 23 C.G.A.).

8. Adeguamento del premio e delle somme assicurate

Il contratto non è soggetto ad "adeguamento automatico" del premio e delle somme assicurate.

9. Diritto di recesso

Avvertenza

Diritto di recesso

Il contratto, nella **forma con tacito rinnovo**, prevede la possibilità per entrambi le parti di recedere dall'assicurazione (Art. 6 C.G.A.).

Il contratto non prevede invece la facoltà per entrambe le parti di esercitare il diritto di recesso **in caso di sinistro** (Art. 5 C.G.A.).

10. Prescrizione e decadenza dei diritti derivanti dal contratto

I diritti derivanti dal contratto di assicurazione si prescrivono dopo due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda (Art. 2952 c.c. 2° comma, così come modificato dalla Legge 27 ottobre 2008, n. 166), fermo restando quanto stabilito dal primo comma dell'art. 2952 del c.c.

11. Legge applicabile al contratto

In base all'art. 180 del D.Lgs. 7/9/2005, n. 209 "Codice delle assicurazioni", il contratto è regolato dalla legge italiana.

12. Regime fiscale

Gli oneri fiscali relativi all'assicurazione sono a carico del Contraente. Al contratto si applicano le imposte in vigore. In polizza (e sulla quietanza di pagamento od eventuale appendice di incasso premio) sono riportati oltre al premio totale anche i premi imponibili di rata e le relative imposte applicate.

Nota informativa

C - INFORMAZIONI SULLE PROCEDURE LIQUIDATIVE E SUI RECLAMI

13. Sinistri – Liquidazione dell'indennizzo

Avvertenza

Si richiama l'attenzione del Contraente/Assicurato all'individuazione del momento in cui insorge una malattia e a tale scopo si rimanda alla definizione di **insorgenza** della malattia dove per tale si intende l'inizio, ancorché asintomatico, della malattia stessa (Si veda al Glossario).

Per le modalità ed i termini a carico del Contraente/Assicurato di denuncia di sinistro o di richiesta dei servizi di assistenza si rimanda:

- All'art. 28 "Cosa fare in caso di sinistro";
- All'art. 29 "Criteri di liquidazione e pagamento dell'indennizzo".

La **gestione del servizio di assistenza** di cui alle prestazioni previste in polizza è stata da AXA Assicurazioni S.p.A., affidata alla Inter Partner Assistenza Servizi S.p.A. - Via Bernardino Alimena, 111 - 00173 Roma di seguito denominata AXA Assistance.

14. Assistenza diretta - Convenzioni

Avvertenza

Si richiama l'attenzione del Contraente/Assicurato circa la possibilità di poter usufruire delle prestazioni sanitarie previste dalla polizza rimborso spese mediche in forma diretta, ovvero passando attraverso il circuito di centri sanitari convenzionati senza alcun esborso di danaro da parte dell'assicurato stesso.

Si rimanda:

- All'art. 29 "Utilizzo di strutture sanitarie e medici convenzionati con AXA";
- All'art. 28 "Cosa fare in caso di sinistro";
- All'art. 29 "Criteri di liquidazione e pagamento dell'indennizzo".

L'elenco aggiornato dei centri sanitari convenzionati è consultabile al sito: www.axa.it

15. Reclami

Eventuali reclami relativi al rapporto contrattuale o alla gestione del sinistro possono essere presentati per iscritto secondo le **seguenti modalità**:

- **mail – reclami@axa.it**
- **posta – AXA Assicurazioni S.p.A. c.a. Ufficio Reclami, Corso Como, 17 – 20154 Milano**
- **fax – 0243448103.**

avendo cura di indicare:

- nome, cognome, indirizzo completo e recapito telefonico del reclamante;
- numero della polizza e nominativo del contraente;
- numero e data del sinistro al quale si fare riferimento;
- indicazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato;
- breve descrizione del motivo di lamentela;
- ogni altra indicazione e documento utile per descrivere le circostanze.

Nota informativa

Sarà cura della Compagnia comunicare gli esiti del reclamo entro il termine di 45 giorni dalla data di ricevimento del reclamo.

Qualora l'esponente non abbia ricevuto risposta dalla Compagnia entro il termine di 45 giorni dalla data di ricevimento del reclamo da parte della Compagnia stessa oppure abbia ricevuto una risposta ritenuta non soddisfacente, è possibile presentare reclamo all'IVASS - Servizio Tutela degli Utenti, Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma (fax 06.42.133.745 - 06.42.133.353), corredando il reclamo con:

- nome, cognome ed indirizzo del reclamante, con eventuale recapito telefonico;
- indicazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato;
- breve descrizione del motivo di lamentela;
- copia del reclamo presentato all'impresa di assicurazione e dell'eventuale riscontro fornito dalla stessa;
- ogni documento utile per descrivere più compiutamente le circostanze.

Possono essere presentati direttamente all'IVASS, secondo le modalità sopra indicate, eventuali reclami non relativi al rapporto contrattuale o alla gestione del sinistro, ma 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.

E' inoltre possibile presentare reclamo all'IVASS o direttamente al sistema estero competente, chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET, per la risoluzione delle liti transfrontaliere.

In relazione alle controversie inerenti la quantificazione dei danni e l'attribuzione della responsabilità che implichi un accertamento del fatto, si ricorda che permane la competenza esclusiva dell'Autorità Giudiziaria, oltre alla facoltà di ricorrere a sistemi conciliativi ove esistenti.

Resta salva, in ogni, caso la facoltà di adire l'Autorità Giudiziaria".

16. Arbitrato

Avvertenza

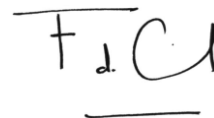
Qualora per la risoluzione di eventuali controversie si dovesse ricorrere in arbitrato, così come regolamentato dall'art. 19 delle C.G.A., si rammenta la possibilità in ogni caso di rivolgersi all'Autorità giudiziaria.

AXA Assicurazioni S.p.A. è responsabile della veridicità e della completezza dei dati e delle notizie contenute nella presente Nota Informativa.

AXA ASSICURAZIONI S.p.A.

L'Amministratore Delegato

Frédéric De Courtois



Glossario

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

ASSICURATO:	<p>L'Associato in quanto iscritto alle Associazioni Commercianti della Provincia di Varese e relativi Enti aderenti UNIASCOM e relativo nucleo familiare, e associato alla C.M.O.</p> <p>Il Socio onorario, anche se cessante l'attività, iscritto all'Associazione e relativo nucleo familiare, e associato alla C.M.O.</p> <p>I Dipendenti in servizio e relativo nucleo familiare delle Associazioni Commercianti della Provincia di Varese, delle società controllate o collegate alle Associazioni Commercianti e delle Organizzazioni collaterali aderenti all'Unione delle Associazioni Commercianti della Provincia di Varese, nonché i dipendenti e relativo nucleo familiare delle aziende del settore Commercio – Turismo – Servizi – Professioni e Piccole Medie Imprese purché associate ad una delle Associazioni Commercianti della Provincia di Varese e aderenti all'Unione delle Associazioni Commercianti della Provincia di Varese.</p> <p>Dalla presente definizione devono ritenersi esclusi i Direttori delle Sedi ASCOM e i Componenti del Consiglio di Presidenza.</p>
ASSICURAZIONE:	il contratto di assicurazione.
CENTRO DIAGNOSTICO:	poliambulatorio sanitario regolarmente autorizzato per le indagini diagnostiche e/o per gli interventi chirurgici ambulatoriali
CONTRAENTE:	il soggetto che stipula l'assicurazione. Commercianti Mutua Ospedaliera
CONVALESCENZA:	periodo di tempo successivo alla dimissione dall'Istituto di Cura, necessario alla guarigione clinica, ovvero per la stabilizzazione dei postumi permanenti.
DAY HOSPITAL:	la degenza in istituto di cura non comportante pernottamento, documentata da cartella clinica.
DAY SURGERY:	la degenza in istituto di cura senza pernottamento e comportante Intervento Chirurgico Terapeutico, documentata da cartella clinica.
DIFETTI FISICI:	mancanza o imperfezione di un organo o di un apparato, visivamente constatabile.
FRANCHIGIA:	parte di indennizzo che rimane a carico dell'Assicurato.
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.
ISTITUTO DI CURA:	ospedale, clinica, casa di cura o istituto universitario, regolarmente autorizzati, in base ai requisiti di legge e delle competenti Autorità, all'erogazione dell'assistenza ospedaliera, anche in regime di degenza diurna. Sono comunque esclusi gli stabilimenti termali, le case di convalescenza e soggiorno e le cliniche aventi finalità dietologiche ed estetiche.
MALATTIA:	ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio.
MALFORMAZIONE:	alterazione organica congenita.
MASSIMALE:	la somma fino alla concorrenza della quale, per ciascun anno assicurativo, AXA presta la garanzia.
NUCLEO FAMILIARE:	Il coniuge e i figli dell'Assicurato con Lui conviventi e risultanti dallo Stato di Famiglia. Il more uxorio, in quanto risultante da Certificato di residenza.
POLIZZA:	il documento che prova l'assicurazione.
PREMIO:	la somma dovuta dal Contraente ad AXA.

Glossario

RICOVERO:	la degenza, comportante pernottamento, in istituto di cura.
SCOPERTO:	quota parte delle spese sostenute, espressa in percentuale, che rimane a carico dell'Assicurato.
SINISTRO:	il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata l'assicurazione.
SOCIETÀ:	AXA ASSICURAZIONI S.p.A.

Polizza sanitaria n° 952789

stipulata e sottoscritta da

**COMMERCianti MUTUA OSPEDALIERA
della Provincia di Varese**

Via Valle Venosta, 4 - 21100 VARESE

Codice Fiscale 80002070128

e

AXA ASSICURAZIONI SpA

tramite Agenzia di VARESE – Codice 1604

In base alle condizioni normative accettate dal Contraente, la Società assicura gli Associati alla Contraente, identificati da specifiche schede di adesione, tramite emissione di specifica polizza nel rispetto delle condizioni contrattuali riportate nella presente polizza “convenzione”

IL CONTRAENTE

AXA ASSICURAZIONI SPA

Malattia privati/ non standard

condizioni generali di assicurazione

contratto di assicurazione malattia rimborso spese mediche

ed. dicembre 2015

Condizioni generali di assicurazione

Art. 1| 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. 2| Altre assicurazioni

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 Socio Ordinario o l'Assicurato deve darne avviso a tutti gli assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri, ai sensi dell'articolo 1910 C.C.

Art. 3| Pagamento del premio e decorrenza della garanzia

Fermi i termini di aspettativa di cui all'Art.14 - "Decorrenza della garanzia - Termini di aspettativa", l'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato in polizza se il premio o la prima rata di premio sono stati pagati; altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento. I premi devono essere pagati all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza oppure ad AXA.

Se l'Assicurato e il Contraente non pagano i premi o le rate di premio successivi, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del 60° 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. 4| Modifiche dell'assicurazione

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

Art. 5| Cessazione dell'assicurazione

Le Parti (COMMERCianti MUTUA OSPEDALIERA e AXA ASSICURAZIONI E INVESTIMENTI) rinunciano alla facoltà di recesso per sinistro.

E' facoltà delle Parti rivedere annualmente la posizione contrattuale iniziale con preavviso scritto inviato con lettera raccomandata entro 30 giorni dalla data di scadenza annuale.

E' facoltà delle Parti, con preavviso scritto inviato con lettera raccomandata entro 30 giorni dalla data di scadenza annuale, rivedere annualmente la posizione anche modificando le garanzie e i limiti di indennizzo dei singoli Associati, ivi compresa quella riferita ai componenti del nucleo familiare, escludendo la possibilità di estromissione dal rischio per le persone già assicurate nell'annualità precedente. Si conferma peraltro quanto espressamente riportato dall'Art.22 delle Norme che regolano l'assicurazione malattia. E' facoltà dell'Assicurato rinunciare alla proposta ritenendosi libero contrattualmente.

Art. 6| Proroga dell'assicurazione

Premesso che la polizza è stipulata in forma annuale, in mancanza di disdetta data da una delle Parti, mediante lettera raccomandata spedita almeno 90 giorni prima della scadenza dell'assicurazione, il contratto è prorogato per un anno.

Art. 7| Oneri fiscali

Gli oneri fiscali relativi all'assicurazione sono a carico dell'Assicuratore.

Norme che regolano l'assicurazione rimborso spese mediche

Art. 8 | Foro competente

Foro competente, a scelta della Parte attrice, è quello del luogo di residenza o sede legale del convenuto, ovvero quello del luogo ove ha sede l'Agenzia cui è assegnata la polizza.

Resta fermo il disposto di cui all'Art.1469 bis C.C., qualora applicabile.

Art. 9 | Rinvio alle norme di legge

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

Norme che regolano l'assicurazione rimborso spese mediche

La garanzia base

Art. 10 | Oggetto dell'assicurazione

Nei casi di:

- ricovero reso necessario da malattia o infortunio;
- intervento chirurgico terapeutico senza ricovero reso necessario da malattia o infortunio;
- day surgery
- parto o aborto terapeutico.

AXA rimborsa le spese sostenute

- dall'Assicurato,

A) durante il ricovero o l'intervento chirurgico senza ricovero per:

- 1) onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, 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);
- 2) assistenza medica, cure, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali, esami ed analisi di laboratorio, accertamenti diagnostici;
- 3) rette di degenza;
- 4) rette per vitto e pernottamento nell'istituto di cura di un accompagnatore, con il limite di € 52,00 giornaliera e con un massimo di 60 giorni per anno assicurativo e per nucleo;
- 5) 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;
- 6) Assistenza infermieristica ospedaliera facoltativa durante il ricovero in Istituto di Cura per un periodo massimo di 30 giorni per ciascun ricovero e di 60 giorni per anno assicurativo, e fino alla concorrenza dell'importo di €. 100,00 giornaliera. Quanto precede è vincolato alla dimostrazione che l'assistenza infermieristica ospedaliera sia stata effettuata da personale identificato in possesso dell'abilitazione all'esercizio dell'attività professionale.

In caso di parto indennizzabile a termini di polizza AXA rimborsa fino a concorrenza di € 26.000,00 le spese per:

- interventi chirurgici, trattamenti terapeutici e visite mediche specialistiche, medicinali, esami ed analisi di laboratorio, accertamenti diagnostici, praticati in regime di ricovero ai neonati nei primi 100 giorni di vita rese necessarie da malattia anche congenita e/o da malformazioni, difetti fisici o da infortunio;
- interventi chirurgici sul feto.

B) prima e dopo il ricovero o l'intervento chirurgico senza ricovero per:

- 1) esami ed analisi di laboratorio, accertamenti diagnostici (compresi gli onorari medici) effettuati nei 120 giorni precedenti all'inizio del ricovero o alla data dell'intervento chirurgico senza ricovero purché inerenti la malattia o l'infortunio che hanno determinato il successivo ricovero o intervento chirurgico;
- 2) esami ed analisi di laboratorio, accertamenti diagnostici (compresi gli onorari medici), prestazioni mediche, chirurgiche, prestazioni infermieristiche, trattamenti fisioterapici o rieducativi, cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera) effettuati nei 120 giorni successivi alla cessazione del ricovero o alla data dell'intervento chirurgico senza ricovero purché inerenti la malattia o l'infortunio che hanno determinato il ricovero o intervento chirurgico e fino alla concorrenza del massimale per anno assicurativo annuo e per nucleo di € 15.000,00;

Norme che regolano l'assicurazione rimborso spese mediche

- 3) l'acquisto o il noleggio, fino ad un massimo di € 520,00 per persona e per anno assicurativo, effettuati nei 120 giorni successivi al ricovero o alla data dell'intervento chirurgico senza ricovero, purché inerenti la malattia o l'infortunio che hanno determinato il ricovero o intervento chirurgico:
 - dei seguenti apparecchi ortopedici: stampelle, carrozzine, corsetti, tutori, materasso antidecubito e letto ortopedico;
 - di apparecchi protesici (comprese le protesi acustiche, comunque esclusi occhiali e lenti a contatto);
 - di apparecchiature terapeutiche.
- 4) il trasporto dell'Assicurato con mezzo sanitariamente attrezzato, fino alla concorrenza di un massimale di 10.000,00 € per anno assicurativo e per nucleo, per il:
 - tragitto fino al pronto soccorso o all'istituto di cura in caso di ricovero o di day hospital e day surgery;
 - trasferimento da un istituto di cura ad un altro;
 - rientro al domicilio al momento della dimissione.

C) In caso di infortunio o di malattia dell'Assicurato che rendano necessari trattamenti terapeutici in Day hospital o in day surgery:

le spese sostenute durante la degenza per:

- 1) accertamenti diagnostici;
- 2) assistenza medica e infermieristica;
- 3) trattamenti fisioterapici e rieducativi;
- 4) medicinali nonché trattamenti terapeutici per neoplasie;
- 5) retta di degenza;

in caso di intervento chirurgico in Day Hospital o in day surgery vale quanto previsto dalla lettera A) per l'intervento chirurgico senza ricovero;

Nei casi di ricovero indennizzabile a termini di polizza, è prevista, nei termini seguenti, una

D) Indennità Sostitutiva

Qualora l'Assicurato non abbia richiesto ad AXA alcun rimborso relativo a spese di cui al punto A) e C), AXA corrisponde, per ogni giorno di ricovero e/o day surgery, un'Indennità Sostitutiva di € 200,00 con il massimo di 90 giorni per persona e per anno assicurativo, ovvero l'indennità sostitutiva verrà liquidata anche in presenza di richiesta di rimborso relativa a pre e post ricovero; fermo restando i limiti di indennizzo previsti successivamente.

Tale indennità è ridotta al 50% in caso di day hospital.

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

In caso di parto viene corrisposta un'unica Indennità Sostitutiva per ogni giorno di ricovero della sola puerpera, indipendentemente dal ricovero di uno o più neonati.

Si precisa inoltre che la corresponsione dell'indennità sostitutiva, per coloro che hanno una età compiuta inferiore ai 15 anni, verrà ridotta a €60,00 fermo restando l'efficacia temporale prevista.

Norme che regolano l'assicurazione rimborso spese mediche

Per l'insieme delle prestazioni garantite dal presente Art. 10 - "Oggetto dell'assicurazione" - il massimale garantito è quello corrispondente alla scheda di adesione fermo quanto previsto dall'articolo 16 "Limite di età"

Sono operanti peraltro, i seguenti limiti di indennizzo per persona e per patologia:

- € 3000,00 per parto senza taglio cesareo (compreso quello fisiologico avvenuto a domicilio);
- € 8000,00 per parto con taglio cesareo, l'aborto terapeutico;
- € 1.500,00 per blefarocalasi.

La prestazioni complementari

Art. 11 | Alta specializzazione

La Società rimborsa, fino alla concorrenza di un massimale per anno assicurativo e per nucleo di € 3.000,00 le spese per prestazioni sanitarie rese necessarie da malattia, infortunio, follow up senza limitazione del periodo temporale qui di seguito espressamente elencate:

- 1) Angiografia; Ectomografia 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; Laparoscopia, Rettoscopia, Esofago gastroduodenoscopia, Pancolonscopia (anche se accompagnate da prelievo biptico); monitoraggio pressione arteriosa 24 ore; Ecocardiogramma mono/bilaterale più color doppler; Fluoroangiografia oculare; Elettromiografia (EMG); Broncoscopia; Cistoscopia; Studio Urodinamico; Eco Transrettale compresa sedazione; Tomografia a emissione di positroni (PET), Biopsia Osteo-midollare (con o senza sedazione), Biopsia eco-guidata, Agobiopsia ecoguidata e Agoaspirato.
- 2) terapie ambulatoriali rese necessarie da neoplasie.

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 € 60,00 per ogni serie di accertamenti diagnostici o per ogni ciclo di trattamenti risalenti ad una unica prescrizione medica.

Qualora l'Assicurato si rivolga ad un istituto di cura o centro diagnostico convenzionato, 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 € 25,00 per ogni serie di accertamenti diagnostici o per ogni ciclo di trattamenti risalenti ad una unica prescrizione medica.

Le prestazioni accessorie

Art. 12 | Rimborso spese mediche da infortunio

In caso di infortunio dell'Assicurato indennizzabile a termini di polizza o in caso di traumi/lesioni a legamenti o tendini, comprovato da referto di pronto soccorso o da centro medico autorizzato all'accertamento diagnostico, che non comporti ricovero, AXA rimborsa all'Assicurato, fino alla concorrenza del massimale per anno assicurativo e per nucleo di € 6.000,00 le spese per:

- 1) trasporto dell'Assicurato con qualsiasi mezzo sanitariamente attrezzato all'istituto di cura e da qui al suo domicilio;
- 2) accertamenti diagnostici di laboratorio e strumentali;
- 3) onorari per prestazioni mediche ed infermieristiche;
- 4) trattamenti fisioterapici e rieducativi;
- 5) cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera);

inerenti all'infortunio occorso o al trauma/lesione a legamenti o tendini occorsi e purché effettuate nei 120 giorni successivi alla data dell'evento. In caso l'Assicurato riporti frattura ossea radiograficamente accertata, Axa risponderà a tale titolo con rinuncia di fornire referto di pronto soccorso o centro medico autorizzato all'accertamento diagnostico.

Norme che regolano l'assicurazione rimborso spese mediche

Art. 13 | Indennità giornaliera per convalescenza post-ricovero

In caso di convalescenza domiciliare successiva ad un ricovero dovuto ad un infortunio e/o malattia, escluso il parto senza taglio cesareo o aborto terapeutico, AXA corrisponde l'indennità giornaliera di € 100,00, per ogni giorno di convalescenza domiciliare (in ogni caso prescritta e documentata dal medico curante ivi compreso il certificato di malattia INPS anche in assenza della dicitura post convalescenza), con il massimo di:

- un numero di giorni pari a quelli del ricovero, comunque col massimo di 15 giorni, in caso di ricovero senza intervento chirurgico;
- un numero di giorni pari a 4 volte quelli del ricovero, comunque col massimo di 30 giorni, in caso di ricovero con intervento chirurgico terapeutico;
- 30 giorni, se il ricovero ha avuto una durata pari o superiore a 15 giorni.

Fermo restando quanto precedentemente espresso, in qualsiasi caso la prestazione è limitata ad un periodo temporale annuo massimo di 90 giorni per ciascun Assicurato per più ricoveri avvenuti nell'anno.

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

Questa prestazione è operante anche in caso di ricovero avvenuto in regime di day hospital e/o day surgery.

Si prende atto tra le Parti che l'indennità giornaliera stabilita sarà ridotta del 50% per Assicurati con età compiuta inferiore a 16 anni e superiore a 75 anni.

L'indennità verrà riconosciuta totalmente se l'Assicurato con età superiore a 75 anni risulti esercitare ancora l'attività professionale.

Norme che regolano l'assicurazione rimborso spese mediche

Le limitazioni

Art. 14 | Decorrenza della garanzia – Termini di aspettativa

Fermo quanto previsto dall'Art. 3 - "Pagamento del premio" la garanzia è valida dalle ore 24:

- del giorno di effetto dell'assicurazione, per gli infortuni;
- del 30° giorno successivo a quello di effetto dell'assicurazione, per le malattie;
- del 120° giorno successivo a quello di effetto dell'assicurazione, per le conseguenze di stati patologici, sottoposti ad accertamenti o curati anteriormente alla stipulazione dell'assicurazione, dichiarati dall'Assicurato, previa sottoscrizione del questionario anamnestico, ed accettati da AXA;
- del 300° giorno successivo a quello di effetto dell'assicurazione per le varici e per il parto.

Per le malattie dipendenti da gravidanza e per l'aborto terapeutico, la garanzia è operante con il termine di aspettativa di 60 giorni, purché la gravidanza abbia avuto inizio in un momento successivo a quello di effetto dell'assicurazione.

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

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

Art. 15 | Esclusioni

L'assicurazione non è operante per:

- 1) malattie e stati patologici conosciuti e/o diagnosticati anteriormente alla stipulazione del contratto sottaciuti ad AXA con dolo o colpa grave, all'atto della stipula del contratto iniziale con AXA Assicurazioni;
- 2) le prestazioni sanitarie e la cura delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, ivi compresi i comportamenti nevrotici;
- 3) le prestazioni sanitarie e le cure relative a psicoterapia e/o altre prestazioni terapeutiche relative a depressione, stati d'ansia o fenomeni comportamentali in genere;
- 4) le prestazioni sanitarie e le cure per infertilità, sterilità maschile e femminile, fecondazione assistita e simili, impotenza;
- 5) l'aborto volontario non terapeutico;
- 6) la cura di intossicazioni conseguenti ad abuso di alcoolici o ad uso non terapeutico di psicofarmaci, di stupefacenti o di allucinogeni;
- 7) gli infortuni causati dallo stato di ubriachezza dell'Assicurato o dall'effetto di allucinogeni, stupefacenti o psicofarmaci assunti non a scopo terapeutico dall'Assicurato;
- 8) gli infortuni avvenuti durante la guida di veicoli causati da crisi epilettiche dell'Assicurato;
- 9) gli infortuni conseguenti ad azioni delittuose compiute o tentate dall'Assicurato, intendendosi invece compresi quelli sofferti in conseguenza di imprudenza o negligenza anche gravi dell'Assicurato stesso;
- 10) le prestazioni sanitarie, le cure e gli interventi per l'eliminazione o correzione di difetti fisici, se non insorte in corso di contratto e salvo quanto previsto per i neonati;
- 11) 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;
- 12) la correzione della miopia, astigmatismo, ipermetropia, presbiopia;

Norme che regolano l'assicurazione rimborso spese mediche

- 13) le prestazioni sanitarie, le applicazioni, le cure e gli interventi di carattere estetico (salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da neoplasie maligne nei 360 giorni successivi all'intervento chirurgico demolitivo, o da infortunio comprovato da referto di pronto soccorso);
- 14) le protesi dentarie nonché le prestazioni sanitarie e le cure odontoiatriche ed ortodontiche – ad eccezione delle cure dentarie (escluse le protesi) conseguenti ad infortunio comprovato da referto di pronto soccorso o da centro medico autorizzato all'accertamento diagnostico;
- 15) le prestazioni sanitarie non riconosciute dalla medicina ufficiale nonché quelle non effettuate da medici o paramedici abilitati all'esercizio dell'attività professionale;
- 16) 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.);
- 17) le conseguenze di movimenti tellurici, inondazioni ed eruzioni vulcaniche (salvo quanto previsto dall'Art.19 -"Eventi naturali catastrofici");
- 18) le conseguenze di guerre (dichiarate o non dichiarate), insurrezioni, (salvo quanto previsto dall'Art.20 -"Rischio di guerra");
- 19) le conseguenze di tumulti popolari, atti violenti od aggressioni, cui l'Assicurato abbia preso parte attiva;
- 20) le prestazioni sanitarie e le cure fitoterapiche, idropiniche, dietetiche e termali (salvo per quest'ultime quanto previsto dalla lettera B) punto 2) dell'Art.10 - "Oggetto dell'assicurazione");
- 21) gli infortuni causati dalla pratica di sport aerei in genere o dalla partecipazione a gare motoristiche non di regolarità pura ed alle relative prove.

Di comune accordo tra le Parti e a conferma di quanto previsto dal precedente punto 13, si precisa che sono compresi in garanzia gli interventi su neoformazioni, ad eccezione di quelli effettuati nei centri estetici. Limitatamente alla blefarocalasi la garanzia si intende operante sino ad un limite massimo per persona e per anno di €. 1.500,00.

Art. 16| Limite di età

Le prestazioni previste contrattualmente sono operanti senza limiti di età.

Le garanzie previste dalla presente polizza vengono confermate con le seguenti modifiche in base all'età dell'assicurato, fermo restando che saranno applicate le condizioni di garanzia e di franchigia previsti in funzione dell'età dell'Assicurato alla data di rinnovo della garanzia.

- Per gli assicurati con età pari o superiore a 70 anni, le prestazioni previste all'articolo 10 saranno corrisposte con applicazione per ogni sinistro di uno scoperto del 20% con il minimo di 500,00 massimo 3.000,00. Qualora l'Assicurato non abbia richiesto ad AXA alcun rimborso relativo a spese di cui ai punti A) e C), AXA corrisponde la garanzia Indennità sostitutiva e quanto previsto alla lettera b) per le prestazioni prima e dopo il ricovero;
- per gli assicurati con età pari o superiore a 70 anni il limite temporale delle rette di degenze, di cui all'art.10) deve ritenersi ridotto a 60 giorni, per persona e per anno assicurativo.

Limitatamente alla cataratta bilaterale, se il secondo intervento è effettuato nei 30 gg. successivi al primo il sinistro verrà considerato un unico evento applicando una sola franchigia.

Norme che regolano l'assicurazione rimborso spese mediche

Art. 17 | Persone non assicurabili

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

L'assicurazione cessa immediatamente di avere efficacia con il loro manifestarsi (fermo restando quanto previsto dall'Art.22 - Prestazioni sanitarie assistenziali”).

Le estensioni

Art. 18 | Estensione territoriale

L'assicurazione vale per il mondo intero.

Art. 19 | Eventi naturali catastrofici

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

Art. 20 | Rischio guerra

La garanzia vale anche per gli infortuni derivanti da stato di guerra (dichiarata o non dichiarata) o di insurrezione popolare, per il periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità o dell'insurrezione, se ed in quanto l'Assicurato risulti sorpreso dallo scoppio degli eventi di cui sopra mentre si trova all'estero in un Paese sino ad allora in pace.

Sono comunque esclusi dalla garanzia gli infortuni derivanti dalle predette cause (guerra ed insurrezione popolare) che colpissero l'Assicurato nel territorio della Repubblica Italiana, della Città del Vaticano e della Repubblica di San Marino.

Art. 21 | Servizio di leva

La garanzia vale anche per il periodo riferito al servizio di leva in tempo di pace o durante il servizio sostitutivo dello stesso, con esclusione degli infortuni derivanti e conseguenti allo svolgimento delle attività tipiche di detto servizio.

Art. 22 | PRESTAZIONE SANITARIE ASSISTENZIALI in caso di manifestazione improvvisa di sieropositività da H.I.V., sindrome da immunodeficienza acquisita (A.I.D.S.), Alzheimer, Parkinson.

In caso di manifestazione improvvisa di sieropositività da H.I.V., sindrome da immunodeficienza acquisita (A.I.D.S.), Alzheimer, Parkinson, AXA a parziale deroga del precedente Art.17 - "Persone non assicurabili", rimborsa fino a concorrenza di € 15.570,00 le spese previste dalle lettere A) e C) dell'Art. 10 - "Oggetto dell'assicurazione" - sostenute dall'Assicurato per il periodo massimo di 180 giorni dalla prima manifestazione della malattia.

Trascorso detto termine l'assicurazione cessa di avere efficacia.

Art. 23 | Rinuncia la diritto di rivalsa

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

Norme che regolano l'assicurazione rimborso spese mediche

Gestione operativa

Art. 24 | Adesioni e comunicazioni

Le adesioni verranno effettuate tra l'Assicurato e la Contraente, restando inteso che conseguentemente verranno emesse singole polizze.

Le comunicazioni alle quali la Contraente e l'Assicurato sono tenuti, devono essere fatte con lettera raccomandata o tramite e-mail o PEC indirizzato all'Agenzia assegnataria del contratto o alla Sede del Dipartimento di Milano di AXA.

Art. 25 | Premio anticipato

Di comune accordo tra le Parti si precisa che la Contraente versa alla sottoscrizione della convenzione un premio di € 5,20, a titolo di attivazione della citata "convenzione".

Art. 26 | Nuove adesioni

E' facoltà dell'Associato poter aderire alla polizza in qualsiasi periodo dell'anno assicurativo previo invio del questionario anamnestico.

Fermo restando quanto previsto dall'Art.14, relativamente alle malattie, si conferma che la copertura assicurativa ha effetto dalle ore 24.00 della data di adesione per gli infortuni.

AXA alla ricezione del questionario anamnestico è tenuta a dare una risposta in relazione all'anamnesi pregressa entro 10 giorni alla Agenzia assegnataria del contratto ovvero alla sede della Commercianti Mutua Ospedaliera della provincia di Varese.

L'assenza di risposta da parte di AXA identifica l'accettazione dell'anamnesi pregressa.

E' facoltà di ciascun Assicurato, entro 20 giorni dalla risposta di AXA, non accettare le eventuali limitazioni proposte, restando inteso che ciò comporta la rescissione dell'adesione. Nel caso specifico AXA rimborsa l'intero premio imponibile pagato ad eccezione dei casi per i quali AXA è intervenuta alla liquidazione di un sinistro, per i quali il rimborso del premio è ridotto in misura del 40%.

AXA ovvero l'Agenzia assegnataria del contratto emetterà una appendice a giustificazione della limitazione condivisa.

Il premio che dovrà essere pagato corrisponderà:

al rateo riferito al periodo intercorrente dalla data di effetto e scadenza successiva annua, fermo restando:

- l'operatività dei massimali previsti contrattualmente,
- le variazioni tariffarie riferite al successivo anno che verranno applicate con effetto dalla prima scadenza annuale successiva all'effetto della polizza.

Norme che regolano l'assicurazione rimborso spese mediche

Art. 27 | Reversibilità e cessazione della copertura

Nel caso di morte dell'Associato, si precisa che la copertura assicurativa potrà continuare a favore dei componenti del nucleo assicurato, sempreché già assicurati nella precedente annualità, fermo restando il vincolo all'associarsi alla Commercianti Mutua Ospedaliera.

Nel caso di cessazione del rapporto con le Associazioni Commercianti della Provincia di Varese ovvero di assenza di rinnovo alla Commercianti Mutua Ospedaliera, si precisa che la garanzia cessa alla prima scadenza annua successiva.

Il sinistro

Art. 28 | Obblighi in caso di sinistro

In caso di sinistro l'Assicurato deve darne avviso alla Commercianti Mutua Ospedaliera, entro venti 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.

La denuncia deve essere corredata dalla documentazione medica richiesta, come disposto dal successivo Art. 29 - "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 dell'Art. 13 del D.Lgs 196/2003 (cosiddetta "Legge sulla Privacy").

Art. 29 | Criteri di liquidazione – Pagamento degli indennizzi

Il rimborso delle spese sanitarie sostenute verrà effettuato con le seguenti modalità.

In caso di:

RICOVERO, DAY HOSPITAL, DAY SURGERY o INTERVENTO CHIRURGICO SENZA RICOVERO, presso ISTITUTI di CURA CONVENZIONATI

Premesso che l'Assicurato, per avvalersi del servizio "Carta Sanitaria" in caso di evento comportante ricovero, day hospital, day surgery o intervento chirurgico ambulatoriale, deve preventivamente interessare la Centrale Operativa che, previa verifica dell'efficacia della copertura assicurativa e delle dichiarazioni rilasciate dall'Assicurato in sede di sottoscrizione della scheda di adesione comprendente il questionario anamnestico, inoltra specifica autorizzazione nei confronti dell'Istituto di cura e dei medici con esso convenzionati.

AXA, corrisponderà direttamente agli istituti di cura ed ai medici convenzionati, dietro presentazione di fatture, distinte o notule intestate all'Assicurato, le somme che siano dovute per le spese di cui all'Art.10 - "Spese di cura per ricoveri o interventi chirurgici ambulatoriali", lettera A) delle Norme che regolano l'assicurazione, entro il limite del massimale assicurato disponibile ferme le franchigie e sottolimiti eventualmente previsti e purché, l'evento sia indennizzabile a termini delle norme stesse.

L'Assicurato, invece, provvederà direttamente al pagamento delle spese per prestazioni ricevute non rientranti tra quelle di cui sopra e sarà tenuto a rimborsare ad AXA, le somme che questa, abbia corrisposto agli istituti di cura o ai medici qualora si dovesse accertare, relativamente all'evento per il quale l'Assicurato ha usufruito del servizio "Carta Sanitaria", la non validità della polizza e/o la sussistenza di condizioni e/o elementi che determinano l'inoperatività e/o inefficienza dell'assicurazione.

Tali circostanze saranno debitamente comunicate da AXA all'Assicurato, mediante lettera raccomandata, e lo stesso sarà tenuto a restituire dette somme indebitamente liquidate da AXA entro e non oltre 15 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.

Norme che regolano l'assicurazione rimborso spese mediche

Il pagamento che AXA avrà effettuato all'istituto di cura o ai medici convenzionati, solleverà. AXA stessa nei loro confronti e nei confronti dell'Assicurato, senza che questi o i suoi eredi possano vantare pretesa alcuna per la stessa causale, nemmeno a titolo integrativo di quanto AXA abbia già corrisposto.

Per il rimborso delle spese di cui all'Art.10 - "Spese di cura per ricoveri day hospital, day surgery o interventi chirurgici ambulatoriali", lettera A) e Art.11 - "Prestazione sanitarie ad alta specializzazione (extra ricovero)" delle Norme che regolano l'assicurazione relative ai medici non convenzionati l'Assicurato dovrà rivolgersi, all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza od ad AXA, nei termini e con le modalità di cui all'Art.28 - "Obblighi in caso di sinistro" e nel rispetto dei successivi alinea di cui all'Art.29 - "Criteri di liquidazione - Pagamento dell'indennizzo" delle Norme che regolano l'assicurazione.

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>

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

In caso di:

- RICOVERO, DAY HOSPITAL, DAY SURGERY o INTERVENTO CHIRURGICO SENZA RICOVERO, presso ISTITUTI di CURA CONVENZIONATI E DI MEDICI NON CONVENZIONATI

Qualora l'assicurato ritenga di avvalersi delle strutture convenzionate, previa autorizzazione della centrale operativa e di medici non convenzionati, fermo quanto previsto dal punto precedente, l'assicurato dovrà provvedere direttamente al pagamento degli onorari dei professionisti non convenzionati e successivamente chiederne il rimborso direttamente ad Axa. L'Assicurato o i suoi familiari devono pertanto far pervenire alla Centrale Operativa tramite l'Agenzia alla quale è assegnata la polizza, copia delle fatture, notule o ricevute quietanzate relative ai professionisti non convenzionati.

In caso di:

- RICOVERO, DAY HOSPITAL, DAY SURGERY o INTERVENTO CHIRURGICO SENZA RICOVERO, effettuati presso ISTITUTI di CURA NON CONVENZIONATI

alla richiesta di rimborso vanno allegati gli originali delle fatture, notule o ricevute quietanzate e copia conforme della cartella clinica completa;

- PRESTAZIONI PRE E POST RICOVERO, DAY HOSPITAL, DAY SURGERY o INTERVENTO CHIRURGICO AMBULATORIALE,

alla richiesta di rimborso vanno allegati il certificato del medico curante che ha prescritto le prestazioni con la presunta patologia e/o la relativa diagnosi e gli originali delle notule, fatture o ricevute quietanzate.

Relativamente alle prestazioni pre e post si precisa che verranno liquidate contestualmente alle spese sostenute durante il ricovero, day hospital, day surgery o intervento chirurgico ambulatoriale;

- PRESTAZIONI SANITARIE AD ALTA SPECIALIZZAZIONE, presso ISTITUTI di CURA CONVENZIONATI

AXA, corrisponderà direttamente agli istituti di cura ed ai medici convenzionati, dietro presentazione di fatture, distinte o notule intestate all'Assicurato, le somme che siano dovute per le spese di cui all'Art.11 - "Prestazioni sanitarie ad alta specializzazione (extra ricovero)", delle Norme che regolano l'assicurazione, entro il limite del massimale assicurato disponibile ferme le franchigie e sottolimiti eventualmente previsti e purché, l'evento sia indennizzabile a termini delle norme stesse. La Centrale Operativa si riserva, prima di provvedere ad autorizzare (o meno) l'effettuazione della prestazione in convenzione, di chiedere copia della prescrizione del medico curante con la presunta patologia e/o la relativa diagnosi.

L'Assicurato, invece, provvederà direttamente al pagamento delle spese per prestazioni ricevute non rientranti tra quelle di cui sopra e sarà tenuto a rimborsare ad AXA, le somme che questa abbia corrisposto agli istituti di cura o ai medici qualora si dovesse accertare, relativamente all'evento per il quale l'Assicurato ha usufruito del servizio "Carta Sanitaria", la non validità della polizza e/o la sussistenza di condizioni

Norme che regolano l'assicurazione rimborso spese mediche

e/o elementi che determinano l'inoperatività e/o inefficienza dell'assicurazione.

Tali circostanze saranno debitamente comunicate da AXA all'Assicurato, mediante lettera raccomandata, e lo stesso sarà tenuto a restituire dette somme indebitamente liquidate da AXA entro e non oltre 15 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.

Il pagamento che AXA avrà effettuato all'istituto di cura o ai medici convenzionati, solleverà. AXA stessa nei loro confronti e nei confronti dell'Assicurato, senza che questi o i suoi eredi possano vantare pretesa alcuna per la stessa causale, nemmeno a titolo integrativo di quanto AXA abbia già corrisposto.

- PRESTAZIONI SANITARIE AD ALTA SPECIALIZZAZIONE, presso ISTITUTI di CURA NON CONVENZIONATI

alla richiesta di rimborso vanno allegati il certificato del medico curante che ha prescritto le prestazioni con la presunta patologia e/o la relativa diagnosi e gli originali delle notule, fatture o ricevute quietanzate.

- PRESTAZIONI SANITARIE IN CASO DI RIMBORSO SPESE MEDICHE DA INFORTUNIO,

alla richiesta di rimborso vanno allegati il referto del pronto soccorso o da centro medico autorizzato all'accertamento diagnostico, il certificato del medico curante che ha prescritto le prestazioni con la presunta patologia e/o la relativa diagnosi e gli originali delle notule, fatture o ricevute quietanzate;

- SPESE DI TRASPORTO,

alla richiesta di rimborso vanno allegati gli originali comprovanti le spese sostenute.

L'Assicurato o i suoi familiari devono far pervenire la documentazione suddetta; inoltre, se richiesto a norma dell'ultimo comma dell'Art 28 - "Obblighi in caso di sinistro", devono fornire l'eventuale altra documentazione sanitaria compresi i relativi referti clinici.

AXA, verificata l'operatività della garanzia, ricevuta la documentazione relativa al sinistro e compiuti gli accertamenti del caso, determina l'indennizzo che risulti dovuto, ne dà comunicazione alla Commercianti Mutua Ospedaliera e, avuta notizia dell'accettazione, provvede al pagamento entro 15 giorni.

Qualora l'Assicurato abbia presentato a terzi l'originale delle notule, fatture o ricevute per ottenerne il rimborso, il pagamento di quanto dovuto a termini del presente contratto avviene dietro 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.

In caso di

- Richiesta dell'Indennità Sostitutiva,

qualora in caso di ricovero o di Day Hospital o day surgery l'Assicurato scelga di richiedere l'INDENNITÀ SOSTITUTIVA, lo stesso o i suoi familiari devono far pervenire direttamente alla Commercianti Mutua Ospedaliera copia conforme della cartella clinica completa; inoltre, se richiesto a norma dell'ultimo comma dell'Art.28 - "Obblighi in caso di sinistro", devono fornire l'eventuale altra documentazione sanitaria compresi i relativi referti clinici.

AXA, verificata l'operatività della garanzia, ricevuta la documentazione relativa al sinistro e compiuti gli accertamenti del caso, determina l'indennizzo che risulti dovuto, né dà comunicazione Commercianti Mutua Ospedaliera e, avuta notizia dell'accettazione, provvede al pagamento entro 15 giorni.

Il pagamento dell'indennizzo viene effettuato, a cura ultimata, in Italia e in valuta corrente, anche per l'indennità sostitutiva relativa a ricoveri sostenuti all'estero.

In caso di

- Convalescenza domiciliare successiva al ricovero e/o day surgery,

lo stesso o i suoi familiari devono far pervenire direttamente alla Commercianti Mutua Ospedaliera la prescrizione del medico curante evidenziante i giorni di convalescenza domiciliare.

AXA, verificata l'operatività della garanzia, ricevuta la documentazione relativa al sinistro e compiuti gli ac-

certamenti del caso, determina l'indennizzo che risulti dovuto, né dà comunicazione alla Commercianti Mutua Ospedaliera e, avuta notizia dell'accettazione, provvede al pagamento entro 15 giorni.

Art. 30 | Controversie – Arbitrato irrituale

Le controversie di natura medica sull'indennizzabilità del sinistro, a norma e nei limiti delle condizioni di polizza, possono essere demandate per iscritto, di comune accordo tra le Parti, ad un Collegio di tre medici, nominati uno per Parte ed il terzo di comune accordo o, in caso contrario, dal Consiglio dell'Ordine dei medici avente giurisdizione nel luogo dove deve riunirsi il Collegio dei medici.

Norme che regolano l'assicurazione rimborso spese mediche

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

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

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

I risultati delle operazioni arbitrali devono essere raccolti in apposito verbale, da redigersi in doppio esemplare, uno per ognuna delle Parti.

Le decisioni del Collegio Medico sono vincolanti per le Parti, anche se uno dei medici si rifiuta di firmare il relativo verbale, nel qual caso il rifiuto deve essere attestato dagli altri medici nel verbale stesso.

Art. 31| Anticipo indennizzi

A richiesta dell'Assicurato ed esclusivamente nel caso di spese sostenute già fatturate e saldate dall'Assicurato per un importo minimo di € 5.000,⁰⁰ AXA anticiperà il 50% delle spese effettivamente sostenute, da conguagliarsi in sede di definitiva liquidazione del sinistro. A tal proposito l'Assicurato dovrà inoltrare gli originali delle spese effettivamente sostenute

Quanto sopra senza che l'anticipo venga considerato impegno definitivo di AXA in relazione alla liquidazione del sinistro.

AXA pertanto si riserva il diritto di agire giudizialmente nei confronti del Beneficiario dell'anticipo indennizzi, per ottenere la restituzione di quanto indebitamente liquidato.

IL CONTRAENTE

AXA Assicurazioni S.p.A.

Norme che regolano l'assicurazione rimborso spese mediche

Le prestazioni di assistenza

Art. 32 | Gestione delle prestazioni di assistenza tramite Inter Partner Assistance

La gestione del servizio di assistenza è stata da AXA affidata alla INTER PARTNER ASSISTANCE – Via Bernardino Alimena, 111- 00173 ROMA - Numero Verde 800.27.13.43 (solo per l'Italia) - Tel. +39.06.42.115.505 (per chiamate dall'estero) - Fax 06.47.43.262.

Pertanto le prestazioni sotto indicate garantite da AXA saranno gestite per il tramite di INTER PARTNER ASSISTANCE.

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

Art. 33 | Oggetto delle prestazioni

Il servizio di assistenza garantisce alle persone assicurate nei casi di malattia od infortunio, ferme restando la decorrenza della garanzia di cui all'Art.14 - "Decorrenza della garanzia - Termini di aspettativa" e le esclusioni previste dall'Art.15 - "Esclusioni", le seguenti prestazioni:

a) Consulti medici telefonici, invio del medico, invio dell'ambulanza

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

- inviare un suo medico convenzionato al capezzale del paziente,
- oppure
- far trasportare l'Assicurato presso il più vicino centro di pronto soccorso tramite ambulanza secondo la gravità del caso.

b) Ricerca luoghi di cura

Qualora l'Assicurato necessiti di un ricovero, INTER PARTNER ASSISTANCE, su richiesta dell'Assicurato stesso o di un suo familiare, provvederà a reperire e prenotare, nei limiti delle disponibilità del momento, un luogo di cura attrezzato per la patologia del caso.

c) 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 INTER PARTNER 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;

INTER PARTNER ASSISTANCE, su richiesta dell'Assicurato o di un suo familiare, provvederà a proprio carico, entro un limite di spesa pari a di 2.700,00 euro, per l'insieme delle prestazioni di cui sopra relative a ciascun ricovero, ad organizzare ed effettuare il trasporto sanitario tramite il mezzo giudicato più idoneo secondo la gravità del caso. Se necessario, inoltre, provvederà ad assistere l'Assicurato durante il trasporto con personale medico o paramedico.

Eventuali spese eccedenti il suddetto limite di Euro 2.700,00 potranno essere rimborsate secondo quanto previsto nella sezione "Garanzia Base".

Norme che regolano l'assicurazione rimborso spese mediche

d) Accompagnatore in caso di trasporto sanitario

In caso di trasporto sanitario di cui al precedente punto c), INTER PARTNER ASSISTANCE, se richiesto, organizza il viaggio ed il soggiorno (vitto e alloggio) di un familiare o di una persona prescelta dall'Assicurato che funga da accompagnatore a fianco del paziente.

e) Custodia di minori di anni 15

Qualora, per una malattia od un infortunio occorso all'Assicurato, sia previsto un ricovero superiore a due giorni, INTER PARTNER ASSISTANCE provvederà alla custodia dei figli dell'Assicurato minori di anni 15 per un periodo massimo di 48 ore.

f) Messa a disposizione di un infermiere

Nel caso in cui, al momento della dimissione dal luogo di cura ove è stato ricoverato, venisse prescritta all'Assicurato stesso da parte dei medici che lo hanno avuto in cura, una terapia a domicilio (o presso il luogo dove soggiorna), per la quale necessiti la presenza di un infermiere, INTER PARTNER ASSISTANCE provvederà a reperirlo.

L'Assicurato dovrà usufruire della prestazione entro e non oltre i 7 giorni successivi alla sua dimissione dal luogo di cura.

g) Anticipo delle spese mediche, chirurgiche, farmaceutiche ed ospedaliere sostenute all'estero

Nei limiti di un massimale di € 2.642,00, INTER PARTNER ASSISTANCE può anticipare all'Assicurato, contro rilascio di idonea garanzia od assegno personale, in caso di ricovero all'estero per malattia od infortunio, la somma necessaria al pagamento delle spese mediche, chirurgiche, farmaceutiche ed ospedaliere.

Nel caso in cui l'importo versato da INTER PARTNER ASSISTANCE superi il massimale assicurato disponibile, ovvero in caso di evento non indennizzabile a termini delle condizioni di polizza, tale somma, o la parte di essa eccedente il massimale assicurato disponibile, dovrà essere rimborsata entro tre mesi dalla messa a disposizione.

h) Reperimento di medicinali urgenti

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

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

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

i) Rientro anticipato

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

l) Malattia improvvisa o grave infortunio all'estero

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

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

Qualora non venisse giudicato opportuno il trasferimento in Italia, Inter Partner 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 (ferme eventuali franchigie o limiti di indennizzo).

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

Le limitazioni

Art. 34 | Esclusioni – Limiti di esposizione - Responsabilità

a) Esclusioni

Fermo quanto già previsto all'Art.15 - "Esclusioni", sono escluse:

- le prestazioni o spese non autorizzate specificatamente da INTER PARTNER ASSISTANCE;
- le opere di ricerca in montagna, in mare o nei deserti.

b) Limiti di esposizione

I massimali previsti da ogni singola prestazione di assistenza devono intendersi:

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

L'organizzazione di una delle assistenze indicate su iniziativa dell'Assicurato o di una terza persona può dar luogo a rimborso solo nel caso in cui INTER PARTNER ASSISTANCE abbia precedentemente dato il suo accordo sui mezzi da utilizzare. In tal caso INTER PARTNER ASSISTANCE fornirà all'Assicurato il numero relativo alla sua pratica.

Limitatamente alla prestazione di cui all'Art.33 - "Oggetto delle prestazioni", lettera i) "Rientro anticipato", l'esposizione di INTER PARTNER 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 dovrà consegnare i titoli di trasporto non utilizzati, con la firma di una delega appropriata. INTER PARTNER ASSISTANCE si incaricherà delle pratiche di rimborso e sarà autorizzata a trattenere le somme ricavate. In difetto l'Assicurato sarà tenuto, entro tre mesi dal rientro, ad intraprendere le pratiche per il rimborso dei biglietti di viaggio non utilizzati ed a versarne le relative somme a INTER PARTNER ASSISTANCE.

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

Norme che regolano l'assicurazione rimborso spese mediche

c) Responsabilità

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

La richiesta di assistenza

Art. 35 | Richiesta di prestazioni di assistenza - Prescrizione

Le prestazioni di assistenza devono essere richieste telefonicamente direttamente a INTER PARTNER ASSISTANCE (Numero Verde 800.27.13.43 oppure Tel. +39.06.42.115.505 per chiamate dall'Estero o via Fax 06.47.43.262) nel momento in cui si verifica il sinistro e comunque non oltre tre giorni dal verificarsi dell'evento che le rende necessarie.

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

Qualsiasi diritto nei confronti di INTER PARTNER ASSISTANCE, e derivante dal contratto, si prescrive nel termine di due anni a decorrere dalla data in cui si verifica l'evento.

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

- numero di polizza;
- cognome e nome dell'Assicurato, suo indirizzo o recapito temporaneo (indirizzo, numero di telefono e di eventuali fax e telex);

nonché, in base al tipo di prestazione richiesta, le altre eventuali informazioni utili all'esecuzione della prestazione stessa.

Art. 36 | Comunicazioni - variazioni

Tutte le comunicazioni alle quali il Contraente, l'Assicurato o gli aventi diritto sono tenuti devono essere effettuate con lettera raccomandata, salvo quanto previsto all'Art.35 - "Richiesta di prestazioni di assistenza - Prescrizione".

Mod. 9045 – Informativa sulla privacy

Informativa ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. n. 196/03 – Codice in materia di protezione dei dati personali

A) Trattamento dei suoi dati personali per finalità assicurative¹

Al fine di fornirle i servizi e/o i prodotti assicurativi e/o le prestazioni richiesti o previsti in suo favore, in qualità di Contraente/Assicurato, la nostra Società (di seguito anche "AXA") ha la necessità di disporre di dati personali che la riguardano (dati ancora da acquisire, alcuni dei quali ci debbono essere forniti da lei o da terzi per obbligo di legge², e/o dati già acquisiti, forniti da lei o da altri soggetti³) e deve trattarli nel quadro delle finalità assicurative.

Pertanto le chiediamo di esprimere il consenso per il trattamento dei suoi dati strettamente necessari per la fornitura dei suddetti servizi e/o prodotti assicurativi e/o prestazioni da parte della nostra Società e di terzi a cui tali dati saranno comunicati⁴.

Il consenso che le chiediamo riguarda anche il trattamento degli eventuali dati sensibili strettamente inerenti alla fornitura dei servizi, e/o prodotti assicurativi e/o delle prestazioni citate⁵ il cui trattamento è ammesso dalle autorizzazioni di carattere generale rilasciate dal Garante per la protezione dei dati personali. Inoltre, esclusivamente per le finalità sopra indicate e sempre limitatamente a quanto di stretta competenza in relazione allo specifico rapporto intercorrente tra lei e la nostra Società, secondo i casi, i suoi dati possono o debbono essere comunicati ad altri soggetti del settore assicurativo o di natura pubblica che operano - in Italia o all'estero - come autonomi titolari, soggetti tutti così costituenti la c.d. "catena assicurativa"⁶, in parte anche in funzione meramente organizzativa.

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

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

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

² Ad esempio, ai sensi della normativa contro il riciclaggio.

³ Ad esempio: altri soggetti inerenti al rapporto che la riguarda (contraenti di assicurazioni in cui lei risulti assicurato, beneficiario ecc.; coobbligati); altri operatori assicurativi (quali agenti, broker di assicurazione, imprese di assicurazione ecc.); soggetti che, per soddisfare le sue richieste (quali una copertura assicurativa, la liquidazione di un sinistro ecc.), forniscono informazioni commerciali; organismi associativi e consortili propri del settore assicurativo; altri soggetti pubblici.

⁴ I dati possono essere comunicati a taluni dei seguenti soggetti: società del Gruppo a cui appartiene la nostra Società, (controllanti, controllate e collegate, anche indirettamente, ai sensi delle vigenti disposizioni di legge); Società specializzate per informazione e promozione commerciale, per ricerche di mercato e per indagini sulla qualità dei servizi e sulla soddisfazione dei clienti; assicuratori, coassicuratori; agenti, subagenti, mediatori di assicurazione e di riassicurazione, produttori ed altri canali di acquisizione e gestione di contratti di assicurazione; banche, società di gestione del risparmio, sim. L'elenco completo e aggiornato dei suddetti soggetti è disponibile consultando il sito internet www.axa.it

⁵ Cioè i dati di cui all'art. 4, comma 1, lett. d) ed e), del Codice, quali dati relativi allo stato di salute, alle opinioni politiche, sindacali, religiose ovvero dati relativi a sentenze o indagini penali.

⁶ Secondo il particolare rapporto assicurativo, i dati possono essere comunicati a taluni dei seguenti soggetti:

- assicuratori, coassicuratori e riassicuratori; agenti, subagenti, mediatori di assicurazione e di riassicurazione, produttori ed altri canali di acquisizione e gestione di contratti di assicurazione; banche, società di gestione del risparmio, sim; legali; periti; medici; autofficine; centri di demolizione di autoveicoli;
- società di servizi per il quietanzamento; società di servizi a cui siano affidati la gestione, la liquidazione ed il pagamento dei sinistri, tra cui centrale operativa di assistenza, società di consulenza per tutela giudiziaria, cliniche convenzionate; società di servizi informatici e telematici o di archiviazione; società di servizi postali (per trasmissione, imbustamento, trasporto e smistamento delle comunicazioni alla clientela); società di revisione e di consulenza; società di informazione commerciale per rischi finanziari; società di servizi per il controllo delle frodi ed il monitoraggio delle attività di distribuzione; società di recupero crediti;
- società del Gruppo a cui appartiene la nostra Società (controllanti, controllate o collegate, anche indirettamente, ai sensi delle vigenti disposizioni di legge);
- ANIA (Associazione nazionale fra le imprese assicuratrici); organismi associativi e consortili propri del settore assicurativo: Concordato Cauzione Credito 1994, Pool Italiano per l'Assicurazione dei Rischi Atomici, Pool per l'Assicurazione R.C. Inquinamento, Consorzio per la Convenzione Indennizzo Diretto (CID), Ufficio Centrale Italiano (UCI), 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); IVASS (Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni); nonché altri soggetti, quali: UIF (Unità di Informazione Finanziaria presso la Banca d'Italia); 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. L'elenco completo di tutti i predetti soggetti è costantemente aggiornato e può essere conosciuto agevolmente e gratuitamente chiedendolo al Responsabile indicato nell'informativa oppure consultando il sito internet www.axa.it.

Mod. 9045 – Informativa sulla privacy

Informativa ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. n. 196/03 – Codice in materia di protezione dei dati personali

B) Trattamento dei dati personali comuni per attività di informazione e promozione commerciale

Inoltre, per migliorare i nostri servizi ed i nostri prodotti e per informarla sulle novità e le opportunità che potrebbero essere di suo interesse, vorremmo avere l'opportunità di stabilire con lei un contatto. Nel rispetto della normativa in materia di protezione dei dati le chiediamo di consentirci l'utilizzo dei suoi dati personali non sensibili.

Finalità di utilizzo dei dati personali

Se lei acconsentirà, saremo in grado di:

- compiere analisi sulla qualità dei servizi ed iniziative dedicate alla raccolta di informazioni, con lo scopo di comprendere quali sono i suoi bisogni e esigenze, le sue opinioni sui nostri prodotti e servizi; in questo modo potremo migliorare la nostra offerta
- realizzare ricerche di mercato;
- effettuare indagini statistiche;
- proporle prodotti e servizi che possano essere di suo interesse.

Potremo altresì comunicarle novità e opportunità relative a prodotti e/o servizi di:

- Società che appartengono al Gruppo AXA
- società esterne con le quali AXA ha stabilito accordi di partnership e di collaborazione.

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

Chi sono i soggetti coinvolti

Le attività di comunicazione e marketing sopra descritte potranno essere realizzate da AXA, da società appartenenti allo stesso Gruppo e dai suoi agenti e collaboratori anche avvalendosi di società esterne specializzate, nonché di società di servizi informatici, telematici, di archiviazione e postali cui vengono affidati compiti di natura tecnica od organizzativa. Tali soggetti terzi agiranno attenendosi alle istruzioni e alle procedure di sicurezza che AXA avrà definito per tutelare pienamente la sua riservatezza.

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

C) Modalità d'uso dei suoi dati personali e suoi diritti

Le precisiamo inoltre che i nostri dipendenti e/o collaboratori di volta in volta interessati nell'ambito delle rispettive mansioni possono venire a conoscenza dei suoi dati quali "responsabili" o "incaricati" del trattamento. L'elenco completo dei responsabili del trattamento è disponibile sul sito Internet www.axa.it.

Modalità di uso dei suoi dati personali

I suoi dati personali sono trattati⁷ da AXA - titolare del trattamento - solo con modalità e procedure, anche informatiche e telematiche, strettamente necessarie per fornirle le prestazioni, i servizi e/o prodotti assicurativi richiesti o previsti in suo favore, ovvero, qualora vi abbia acconsentito, per ricerche di mercato, indagini statistiche e attività promozionali; sono utilizzate le medesime modalità e procedure anche quando i dati vengono comunicati per i suddetti fini ai soggetti già indicati nella presente informativa, i quali a loro volta sono impegnati a trattarli usando solo modalità e procedure strettamente necessarie per le specifiche finalità indicate nella presente informativa. Nella nostra Società, i dati sono trattati da dipendenti e collaboratori nell'ambito delle rispettive funzioni e in conformità alle istruzioni ricevute, per il conseguimento delle specifiche finalità indicate nella presente informativa; lo stesso avviene presso i soggetti già indicati nella presente informativa a cui i dati vengono comunicati.

Per talune attività utilizziamo soggetti di nostra fiducia – operanti talvolta anche all'estero – che svolgono per nostro conto compiti di natura tecnica, organizzativa o gestione⁸; lo stesso fanno anche i soggetti già indicati nella presente informativa a cui i dati vengono comunicati.

⁷ Il trattamento può comportare le operazioni previste dall'art. 4, comma 1, lett. a), del Codice: raccolta, registrazione, organizzazione, conservazione, elaborazione, modificazione, selezione, estrazione, raffronto, utilizzo, interconnessione, blocco, comunicazione, cancellazione, distruzione di dati; è invece esclusa l'operazione di diffusione di dati.

⁸ Questi soggetti sono società o persone fisiche nostre dirette collaboratrici e svolgono le funzioni di responsabili del nostro trattamento dei dati. Nel caso invece che operino in autonomia come distinti "titolari" di trattamento rientrano, come detto, nella c.d. "catena assicurativa" con funzione organizzativa.

Mod. 9045 – Informativa sulla privacy

Informativa ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. n. 196/03 – Codice in materia di protezione dei dati personali

I suoi diritti

Lei ha il diritto di conoscere quali sono i suoi dati presso i singoli titolari di trattamento, cioè presso la nostra Società o presso i soggetti sopra indicati a cui li comunichiamo, e come vengono utilizzati; ha inoltre il diritto di farli aggiornare, integrare, rettificare o cancellare o chiederne il blocco e di opporsi al loro trattamento⁹.

Per l'esercizio dei Suoi diritti Lei può rivolgersi a

AXA Assicurazioni S.p.A. – Corso Como, 17, 20154 – Milano (MI) – Fax: 02-43448105

e-mail: centrocompetenzaprivacy@axa.it.

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

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