

Assicurazione Salute

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

Impresa: AXA MPS Assicurazioni Danni S.p.A.



Prodotto: "Formula Benessere"

Data ultima edizione: settembre 2019

Il DIP aggiuntivo Danni pubblicato è l'ultimo disponibile

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 MPS ASSICURAZIONI DANNI S.p.A. in breve AXA MPS Danni è iscritta alla Sez. I dell'Albo delle Imprese, tenuto dall'IVASS, al nr. 1.00049 e ha sede legale e direzione generale in Via Aldo Fabrizi, 9 – 00128 Roma – Italia.

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 di tel. + 39 06 51760.1 – Fax +39 06 51760551 - Numero Verde (anche per gestione sinistri): 800 231 187; e-mail gestione sinistri: sinistri.banca@axa.it; sito internet: www.axa-mps.it; e-mail: info@axa-mpsdanni.it. PEC: axampsdanni@legalmail.it

La Società è soggetta all'attività di direzione e coordinamento di AXA Assicurazioni S.p.A. ed appartiene al Gruppo AXA Italia.

Il patrimonio netto di AXA MPS Assicurazioni Danni S.p.A., riferito all'ultimo bilancio approvato (esercizio 2018) è € 114,81 milioni di cui € 39,00 milioni di capitale sociale interamente versato e € 48,98 milioni di riserve patrimoniali. L'indice di solvibilità 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, e relativo all'ultimo bilancio approvato, è del 130,2%.

Per informazioni patrimoniali sulla società (relazione sulla solvibilità e sulla condizione finanziaria dell'impresa) è possibile consultare il sito: www.axa-mps.it.

Al contratto si applica la legge italiana.



Che cosa è assicurato?

Formula Benessere è una polizza dedicata alla protezione della Salute integrata con innovativi servizi di Assistenza.

L'ampiezza dell'impegno dell'impresa è rapportato ai massimali indicati nel DIP Danni e alle somme assicurate concordate con il contraente.

Ricoveri e interventi	Rimborso delle spese mediche sostenute in caso di ricovero con/senza intervento, day hospital/day surgery o intervento chirurgico ambulatoriale. La garanzia comprende anche le spese sostenute nei 120 giorni precedenti e successivi il periodo di ricovero con/senza intervento, day surgery o intervento chirurgico ambulatoriale. La garanzia comprende anche il rimborso per prestazioni di alta specializzazione: accertamenti diagnostici di alta specializzazione (TAC, RMN, ecc.), trattamenti fisioterapici e rieducativi e terapie ambulatoriali da neoplasie. Previsto per ogni assicurato un check up gratuito alla sottoscrizione, successivamente ed ogni due anni dal precedente con un contributo di € 100,00.
Esami e Visite	Rimborso delle spese mediche sostenute per visite mediche, esami ed analisi di laboratorio ed accertamenti diagnostici resi necessari da malattia o infortunio.
Prima Assistenza	Servizi di emergenza, orientamento e prestazioni di assistenza all'estero resi necessari da malattia o infortunio.
Assistenza 360	Servizi di emergenza, orientamento, prestazioni di assistenza all'estero, MyDoctor (teleconsultazione con medico generico, pediatra, ortopedico, ginecologo, cardiologo, prescrizione medica farmaco, visita specialistica o un esame diagnostico, consegna del farmaco a domicilio), assistenza medica e professionale a massimale a consumo, consulenze specialistiche (psicologica e nutrizionistica), second opinion, telemedicina e promemoria della terapia post ricovero resi necessari da malattia o infortunio.

OPZIONI CON PAGAMENTO DI UN PREMIO AGGIUNTIVO

Ricoveri e interventi senza franchigia

E' possibile scegliere la garanzia Ricoveri e Interventi con l'opzione senza franchigia.

Il rimborso è effettuato senza la detrazione della franchigia di € 1.600,00 per ogni ricovero con/ senza intervento, day hospital/day surgery o intervento chirurgico ambulatoriale sia presso strutture sanitarie e/o medici convenzionati con AXA e sia presso strutture sanitarie e/o medici non convenzionati con AXA. In tal caso sarà previsto un aumento del premio.



Che cosa NON è assicurato?

Infortuni e Malattia

L'assicurazione non è operante per:

1. malattie e stati patologici conosciuti e/o diagnosticati anteriormente alla stipulazione del contratto sottoscritti ad AXA MPS DANNI con dolo o colpa grave all'atto della stipula del contratto;
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);
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. gli infortuni causati dalla pratica di sport aerei in genere o dalla partecipazione a gare motoristiche ed alle relative prove;
11. le prestazioni sanitarie, le cure e gli interventi per l'eliminazione o correzione di difetti fisici evidenti o diagnosticati prima della stipula del contratto, salvo quanto previsto per i neonati;
12. le prestazioni sanitarie, le cure e gli interventi per l'eliminazione o correzione di malformazioni, salvo quanto previsto per i neonati e salvo le malformazioni di cui l'Assicurato sia portatore inconscio;
13. la correzione dei vizi di rifrazione (miopia, astigmatismo, ipermetropia e presbiopia);
14. le prestazioni sanitarie, le applicazioni, le cure e gli interventi di carattere estetico (salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari a seguito di interventi demolitivi indennizzabili ai sensi di polizza per neoplasia maligna o a seguito di infortunio comprovato da referto di pronto soccorso purché effettuate durante la validità del contratto);
15. le protesi dentarie nonché le prestazioni e le cure odontoiatriche ed ortodontiche (comprese le parodontopatie);
16. le prestazioni sanitarie non riconosciute dalla medicina ufficiale, e quelle non effettuate da medici o paramedici abilitati all'esercizio dell'attività professionale;
17. le conseguenze dirette od indirette di trasformazione o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e delle accelerazioni di particelle atomiche (fissione o fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);
18. le conseguenze di movimenti tellurici, inondazioni ed eruzioni;
19. le conseguenze di guerre (dichiarate o non dichiarate);
20. le conseguenze di qualsiasi atto di terrorismo, di tumulti popolari, atti violenti od aggressioni, cui l'Assicurato abbia preso parte attiva;
21. le prestazioni sanitarie e le cure fitoterapiche, idropiniche, dietetiche e termali (salvo per queste ultime quanto previsto nelle specifiche garanzie). I trattamenti di agopuntura salvo quelli effettuati da medici agopuntori a scopo terapeutico;
22. le spese non direttamente inerenti la cura o l'intervento, quali ad esempio spese per telefonate, televisione, bar, ristorante e simili;
23. gli accertamenti diagnostici, la psicoterapia, le terapie mediche e quelle chirurgiche, legati ai disturbi d'identità sessuale;

	<p>24. le prestazioni finalizzate alla prevenzione delle patologie familiari;</p> <p>25. gli interventi di chirurgia bariatrica e le prestazioni finalizzate alla cura dell'obesità ad eccezione dei casi di obesità di III grado (Indice di Massa Corporea uguale o superiore a 40);</p> <p>26. i ricoveri e le degenze in regime di Day hospital avvenuti al fine di effettuare visite specialistiche e/o accertamenti diagnostici a qualunque titolo praticati o allo scopo di praticare trattamenti terapeutici che possano essere effettuati ambulatorialmente, senza recare pregiudizio alla salute del paziente;</p> <p>27. i ricoveri in Istituti o reparti specializzati per le cure geriatriche o terapie di lunga degenza.</p>
Assistenza	<p>Oltre quanto sopra indicato le prestazioni non sono 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.</p> <p>Sono inoltre previste le seguenti esclusioni:</p> <p>Trasporto salma: la cerimonia funebre e l'inumazione, l'eventuale recupero della salma, il soggiorno del familiare;</p> <p>Prolungamento soggiorno dei familiari per ricovero dell'Assicurato: la prestazione si intende limitata alle sole spese di pernottamento e prima colazione;</p> <p>Rientro/Assistenza dei figli minori privi di tutela: le spese di soggiorno del familiare e tutte le spese diverse dai biglietti di viaggio;</p> <p>Reperimento di medicinali urgenti: il costo dei medicinali e gli eventuali diritti doganali;</p> <p>Consegna del farmaco a domicilio: costo del medicinale;</p> <p>Ritiro di esami ed analisi di laboratorio o accertamenti diagnostici: il costo degli esami.</p>

 Ci sono limiti di copertura?	
Ricoveri e interventi	<p>Parto fisiologico fino a € 3.000,00</p> <p>Parto con taglio cesareo e aborto terapeutico fino a € 6.500,00</p> <p>Ernie, appendiciti, varici, emorroidi fino a € 6.500,00</p> <p>Ernie discali fino a € 12.000,00</p> <p>Estensione al neonato/feto fino a € 30.000,00</p> <p>Infezione H.I.V. e sindrome A.I.D.S. € 16.000,00</p> <p>Indennità sostitutiva durante ricovero con/senza intervento, day surgery, intervento chirurgico ambulatoriale di € 140,00 al giorno per max 120 gg.</p> <p>Acquisto/noleggio stampelle, carrozzine, apparecchiature fisioterapiche ecc. € 1.500,00</p> <p>Indennità sostitutiva durante day hospital di € 70,00 al giorno per max 120 gg.</p>
Esami e Visite	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.
Prima Assistenza	<p>Prolungamento soggiorno dei familiari per ricovero dell'Assicurato: spese per pernottamento in albergo entro il limite di € 80,00 per notte e per persona e € 1.000,00 per sinistro.</p> <p>Per il Trasporto sanitario limite di spesa di € 5.000,00.</p>
Assistenza 360	<p>Fermo quanto detto per Prima Assistenza:</p> <p>Consegna del farmaco a domicilio: massimo 2 consegne l'anno;</p> <p>Consulto con cardiologo, ortopedico, ginecologo: massimo 5 prestazioni per assicurato e per anno;</p> <p>Assistenza professionale e pratica a massimale a consumo: € 2.500,00 per Assicurato e per sinistro, fino a un massimo di 3 sinistri per Assicurato e per anno assicurativo;</p> <p>Consulenza psicologica: 1 volta per Assicurato e anno assicurativo;</p> <p>Consulenza nutrizionistica: 1 volta per Assicurato e anno assicurativo;</p> <p>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 all'anno.</p>



Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?

Cosa fare in caso di sinistro?	<p>Denuncia di sinistro: In caso di sinistro l'Assicurato dovrà accedere all'area riservata del portale web all'indirizzo https://salute.axa.it, oppure rivolgersi alla Centrale Operativa di Blue Assistance entro 3 giorni da quando ne ha avuto conoscenza. La denuncia deve essere corredata dalla documentazione medica richiesta, completa di certificazioni mediche con patologia sospetta o accertata, delle copie o degli originali delle notule, fatture o ricevute quietanzate e di ogni altro documento ritenuto da AXA MPS DANNI attinente alla valutazione ed alla liquidazione del sinistro. Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga della facoltà di inviare la documentazione medica e fiscale del sinistro in fotocopia, AXA MPS DANNI si riserva il diritto di richiedere ove lo ritenga necessario la documentazione in originale sia delle fatture, che della documentazione medica. L'Assicurato deve consentire le indagini e gli accertamenti necessari nonché, su richiesta di AXA MPS DANNI, sottoporsi agli eventuali accertamenti e controlli medici disposti da suoi incaricati, fornire ogni informazione e produrre copia di ogni documentazione sanitaria richiesta sciogliendo dal segreto professionale e d'ufficio i medici che lo hanno visitato o curato e gli enti presso i quali è stato ricoverato o curato ambulatorialmente, acconsentendo al trattamento dei dati personali. Le spese relative ai certificati medici e ad ogni altra documentazione medica richiesta sono a carico dell'Assicurato.</p>
	<p>Assistenza diretta/in convenzione: In caso di utilizzo di strutture sanitarie e/o medici convenzionati l'Assicurato potrà contattare la Centrale Operativa di Blue Assistance per richiedere l'attivazione della presa in carico diretta dei costi delle spese sanitarie formalizzando la denuncia del sinistro.</p> <p>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</p>
	<p>Gestione da parte di altre imprese: La gestione dei servizi di Assistenza è stata affidata da AXA MPS Danni a:</p> <p>Inter Partner Assistance S.A. (denominata da AXA Assistance) Via Carlo Pesenti, 121 – 00156 Roma Per chiamate dall'Italia Numero Verde 800 300 433 Per chiamate dall'estero Numero non gratuito +39 06 42 115 745</p> <p>La Struttura Organizzativa opera 24 ore al giorno, 365 giorni l'anno, per la richiesta di Prestazioni di assistenza.</p>
	<p>Prescrizione: Il diritto al pagamento delle rate di premio si prescrive in un anno dalle singole scadenze. Gli altri diritti derivanti dal contratto di assicurazione e dal contratto di riassicurazione si prescrivono in due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda.</p>
Dichiarazioni inesatte o reticenti	Dichiarazioni false o reticenti in sede di compilazione del Questionario Sanitario, potrebbero comportare la perdita totale o parziale dell'indennizzo/risarcimento. La compilazione del Questionario è obbligatoria.
Obblighi dell'impresa	<p>Verificata l'operatività della garanzia, ricevuta la documentazione relativa al sinistro e compiuti gli accertamenti del caso, AXA MPS DANNI determina l'indennizzo che risulti dovuto, ne dà comunicazione all'interessato e, avuta notizia dell'accettazione, provvede al pagamento entro 15 giorni.</p> <p>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.</p>



Quando e come devo pagare?

Premio	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.
Rimborso	Il contratto non prevede rimborso di premi.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

Durata	<p>Carenze Le garanzie Infortuni e Malattia (ospedaliera ed extra ospedaliera) sono valide dalle ore 24:</p> <ul style="list-style-type: none"> – del 30° giorno successivo a quello di effetto dell'assicurazione, per le malattie; – del 120° giorno successivo a quello di effetto dell'assicurazione, per le malattie dipendenti da gravidanza e per l'aborto terapeutico, purché la gravidanza abbia avuto inizio in un momento successivo a quello di effetto dell'assicurazione; – del 180° giorno successivo a quello di effetto dell'assicurazione, per le conseguenze di stati patologici, sottoposti ad accertamenti o curati anteriormente alla stipulazione dell'assicurazione, dichiarati dall'Assicurato e se accettati da AXA MPS DANNI con specifica clausola aggiuntiva, nonché per le conseguenze di stati patologici non conosciuti dall'Assicurato ma insorti anteriormente alla stipula della polizza; – del 300° giorno successivo a quello di effetto dell'assicurazione per varici, emorroidi e per il parto. <p>Qualora la Polizza sia stata emessa in sostituzione di altra Polizza AXA MPS Danni, riguardante gli stessi Assicurati, i termini operano:</p> <ul style="list-style-type: none"> – dal giorno di effetto della Garanzia di cui alla Polizza sostituita, per le prestazioni ed i massimali da quest'ultima risultanti; – dal giorno di effetto della Garanzia di cui alla presente Polizza, limitatamente alle maggiori somme e alle diverse prestazioni da quest'ultima previste. <p>In caso di Polizza emessa in prosecuzione di altra Polizza AXA MPS Danni, ovvero emessa entro 30 giorni dalla scadenza della Polizza precedente, si applicano le disposizioni del capoverso precedente. Analogamente, in caso di variazioni intervenute in corso di contratto, il termine di aspettativa suddetto decorre dalla data della variazione stessa, per le maggiori somme o le diverse persone o prestazioni assicurate.</p>
Sospensione	Il presente contratto non prevede la sospensione del pagamento dei premi.



Come posso disdire la polizza?

Ripensamento dopo la stipulazione	Il Contraente, nel caso di contratto stipulato mediante tecniche di comunicazione a distanza, ha facoltà di recedere nei 14 giorni successivi alla data di conclusione del contratto, coincidente con quella del primo addebito del premio; oltre alla forma scritta, il Contraente ha facoltà di comunicare la propria disdetta rivolgendosi telefonicamente allo Smart Center di AXA MPS Danni, attraverso il Numero Verde 800 231 187 e autorizzando l'operatore a registrare la richiesta di disdetta.
Risoluzione	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.



A chi è rivolto questo prodotto?

Il prodotto è indirizzato a privati da 0 a 65 anni e a persone giuridiche.



Quali costi devo sostenere?

Costi di intermediazione: prodotto di nuova commercializzazione; commissione media percepita dall'intermediario del 15% calcolata sulla base di un prodotto simile (Mia Protezione).

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

All'impresa assicuratrice	<p>Eventuali reclami relativi ad un contratto o servizio assicurativo nei confronti dell'Impresa di assicurazione o dell'Intermediario assicurativo con cui si entra in contatto, devono essere preliminarmente presentati per iscritto (posta, fax, email/PEC) all'Ufficio Gestione Reclami secondo le seguenti modalità: mail: reclami.danni@axa.it pec: reclamiivassamad@legalmail.it posta: AXA MPS Assicurazioni Danni SpA c.a Ufficio Gestione Reclami, Via Aldo Fabrizi n. 9 – 00128 Roma fax: +39 06 51 760 323 avendo cura di indicare:</p> <ul style="list-style-type: none">– nome, 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. <p>Sarà cura della Compagnia fornire riscontro entro 45 giorni dalla data di ricevimento del reclamo.</p>
All'IVASS	<p>In caso di esito insoddisfacente o risposta tardiva, è possibile rivolgersi all'IVASS, Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, fax 06.42133206, pec: ivass@pec.ivass.it. Info su: www.ivass.it</p> <p>Le imprese con sede legale in altro Stato membro riportano le informazioni di cui sopra indicando l'Autorità di vigilanza del Paese d'origine competente e le modalità di presentazione dei reclami alla stessa. Per la risoluzione delle liti transfrontaliere è possibile presentare reclamo all'IVASS o direttamente al sistema estero http://ec.europa.eu/internal_market/fin-net/members_en.htm competente chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET.</p>
PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile, avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali:	
Mediazione	<p>Per controversie relative a contratti assicurativi e a diritti al risarcimento derivanti da responsabilità medica e sanitaria, le Parti, ai sensi dell'art. 5, comma 1-bis, del d.lgs. n. 28/2010 sono tenute a tentare di risolvere la questione avanti un Organismo di Mediazione (compreso tra gli Enti o le persone fisiche abilitati, in quanto iscritti nel registro ufficiale del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito www.giustizia.it).</p> <p>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.</p> <p>La Compagnia provvederà a rispondere almeno 7 giorni lavorativi prima della data prevista per il primo incontro.</p>
Negoziazione assistita	Tramite richiesta del proprio avvocato all'impresa assicuratrice.
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 .
Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie (Arbitrato)	<p>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.</p> <p>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.</p>

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.

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

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

- le tue coperture assicurative in essere;
- le tue condizioni contrattuali (*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!