

Modulo di Denuncia Spese Sanitarie

La modalità consigliata è l'utilizzo dei canali digitali (Area Riservata/app MyAXA) - questo modulo è da utilizzare solo per i casi non gestiti con la modalità consigliata

DA INVIARE AD AXA CARING S.r.l. C.P. 401 VIA CORDUSIO 4, 20123 MILANO

PER INFORMAZIONI:

Numero verde 800 231 187 per chiamate dall'Italia

Numero nero +39 06 45 202 136 per chiamate dall'estero

Polizza n. _____

Assicurato _____ Codice Fiscale _____

Cognome e nome

Assicurato _____ Coniuge/Convivente Figlio Altro

Persona cui si riferiscono le spese

Indirizzo ove restituire la documentazione Via/C.so _____ n. _____

Unicamente domicilio o residenza

CAP _____ Località _____ Prov. _____ Recapito telefonico _____

Altre coperture sanitarie del nucleo familiare NO SI _____

Compagnia/Fondo/Cassa

N. cellulare _____ Indirizzo Email _____

Dati Bancari (obbligatori)

Cognome e nome del/i titolare/i del c/c _____

Codice Fiscale del titolare del c/c (obbligatorio se diverso da quello dell'Assicurato) _____

IBAN _____

Evento cui si riferisce il sinistro

RICOVERI E/O INTERVENTI

Ricovero con/senza intervento chirurgico Day Hospital Intervento ambulatoriale

Pre e/o post ricovero/intervento Parto/aborto terapeutico

Periodo di degenza: dal _____ al _____ Motivo del ricovero _____

Documentazione da allegare alla richiesta di rimborso:

- Ricovero/Day Hospital: copia della cartella clinica completa rilasciata da struttura sanitaria
- Intervento ambulatoriale: relazione medica con indicazione del dettaglio delle prestazioni effettuate
- Eventuali giustificativi di spesa (fatture, parcelle, ecc.) relativi all'evento, regolarmente pagati e completi di marca da bollo ove necessaria

EXTRARICOVERO (prestazioni non connesse a Ricovero, Day Hospital o intervento ambulatoriale)

Visite Specialistiche/Accertamenti Diagnostici *Patologia* _____

Gessatura

Documentazione da allegare alla richiesta di rimborso:

- Prescrizione medica con indicazione della presunta patologia e/o della relativa diagnosi
- Eventuali giustificativi di spesa (fatture, parcelle, ecc.) relativi all'evento, regolarmente pagati e completi di marca da bollo ove necessaria

Copia della documentazione di spesa

N. Ricevuta	Data	Ente emittente/ Professionista	Importi in Euro

Trattenere la documentazione originale

Data

Firma dell'Assicurato
(o di chi ne esercita la patria potestà)



INFORMATIVA PRIVACY SINTETICA



Chi decide perché e come trattare i dati?

AXA MPS Assicurazioni Danni S.p.A. (di seguito "AMAD"), in qualità di Titolare del trattamento dei dati.



Per quali scopi e su quali basi i dati sono trattati?

a) Finalità assicurativa

I dati sono trattati per gestire i servizi assicurativi e le attività correlate.

Il trattamento dei dati è necessario per dare esecuzione al contratto o alle misure precontrattuali richieste. I dati appartenenti a categorie particolari (indicati anche come "dati sensibili"), quali i dati relativi allo stato di salute, sono trattati sulla base del consenso dell'interessato.

Senza i dati ed il consenso all'uso dei dati sensibili non potranno essere forniti tutti i servizi assicurativi previsti dal contratto.



Modalità di trattamento

I dati sono trattati con modalità manuali ed automatizzate, incluse eventuali decisioni automatizzate (es. al fine di valutare e predisporre preventivi, gestire alcune fasi del rapporto assicurativo) e tecniche di data science.



A chi sono comunicati i dati?

I dati possono essere comunicati ad alcuni soggetti per i soli scopi sopra indicati:

- Dipendenti e collaboratori;
- Società terze che trattano i dati per conto del Titolare o come titolari autonomi (es. società partner, società del Gruppo anche per anche per finalità amministrativo-contabili);
- Soggetti della cosiddetta "catena assicurativa", cioè soggetti che cooperano nella gestione dei rischi assicurativi, quali società del Gruppo, altri assicuratori, coassicuratori, contraente delle polizze, intermediari assicurativi, legali, periti, medici, autofficine, enti pubblici o associazioni di categoria;

In caso di trasferimento dei dati fuori dall'Unione Europea, sono assicurate le garanzie previste dalla vigente normativa. **I dati non sono ceduti a terzi, né diffusi.**



Quali sono i diritti dell'interessato e come possono essere esercitati?

Per accedere, aggiornare, integrare, rettificare, cancellare i dati, chiederne il blocco, opporsi al trattamento, ottenere la limitazione al trattamento e richiedere la portabilità dei dati, far valere il diritto all'oblio e, per il processo di decisione automatizzata, ottenere l'intervento umano da parte del titolare del trattamento, esprimere la propria opinione e contestare la decisione, **l'interessato può scrivere a:** AXA MPS Assicurazioni Danni S.p.A. - c.a. Data Protection Officer - Via Aldo Fabrizi, 9 - 00128 ROMA - e-mail: privacy@axa.it.

Per proporre reclamo al Garante per la protezione dei dati personali: Piazza Venezia n. 11 - 00187 Roma (+39) 06.696771; protocollo@gpdp.it



Per quanto tempo i dati vengono conservati?

I dati vengono conservati per tutto il tempo necessario alla gestione del rapporto con l'interessato: decorsi 10 anni dalla cessazione del rapporto con il cliente si procede alla cancellazione dei dati



Informazioni aggiuntive

L'informativa è disponibile nelle Condizioni Generali di Polizza o sul sito <https://www.axa-mps.it/privacy>



Consenso al trattamento dei dati personali e sensibili e delega alla gestione dei dati e dei documenti necessari alla gestione della polizza sanitaria

I sottoscritti, ricevuta e letta l'Informativa sulla "Privacy" sopra riportata relativamente alle finalità assicurative, ACCONSENTONO al trattamento dei propri dati personali per le finalità assicurative e, in caso di minore, DELEGANO il contraente a rappresentarli nella gestione della polizza						
N°	COGNOME E NOME	DATA DI NASCITA	CODICE FISCALE	CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI SENSIBILI Firma dell'assicurato (*)	DA COMPILARE SOLO PER BENEFICIARI MINORI DI ANNI 18	
					RELAZIONE DI PARENTELA CON IL DELEGATO	DELEGA AL CONTRAENTE DELEGATO ALLA GESTIONE DELLE RICHIESTE DI PRESTAZIONE Firma del delegante (*)

(*) per i beneficiari minori di anni 18, occorre la firma di almeno uno dei genitori.

Il sottoscritto dichiara che le informazioni fornite sono complete e veritiere e si impegna a segnalare tempestivamente eventuali variazioni delle medesime, consapevole che in assenza del consenso al trattamento dei dati per le finalità indicate, fornito da tutti i beneficiari della polizza, la Società non potrà eseguire le prestazioni, i servizi ed i prodotti assicurativi di cui alle polizze rimborso spese mediche.

Luogo e data _____

NOME e COGNOME del Dichiarante

FIRMA del Dichiarante
