

### Per le coperture Diaria da ricovero, Interventi chirurgici, Spese mediche, per il Programma di prevenzione e per il Network convenzionato

In caso di sinistro puoi rivolgerti alla Centrale Operativa di AXA per effettuare le nuove richieste e l'accesso ai servizi relativi alle tue polizze salute attraverso i seguenti canali:

- l'Area Clienti del sito [www.axa-mps.it](http://www.axa-mps.it)
- l'app My AXA

Modalità di registrazione

- Contraente: inserisci negli appositi campi il codice fiscale e il numero di polizza
- Assicurato: inserisci il codice fiscale e nel campo numero di polizza inserisci il numero di polizza seguito da "-" e dal codice fiscale, senza spazi (es. RE00000000-XXXYYY11X22X111X)

Puoi ricercare le strutture convenzionate sul sito [www.axa-mps.it](http://www.axa-mps.it) o su Area Clienti del sito [www.axa-mps.it](http://www.axa-mps.it) o su App My AXA.

Alternativamente puoi contattare la Centrale Operativa ai seguenti recapiti

- **Numero verde** 800 231 187 per chiamate dall'Italia
- **Numero nero** +39 06 45 202 136 per chiamate dall'estero

Il servizio telefonico è disponibile dal lunedì al venerdì dalle 9.00 alle 19.00 e il sabato dalle 9.00 alle 13.00.

Ti ricordiamo che le richieste già inserite su [salute.axa.it](http://salute.axa.it) fino al 24/10/2021 compreso continueranno ad essere regolarmente gestite secondo le consuete modalità senza alcuna variazione rispetto alla procedura sino ad allora seguita.

### Per tutte le coperture ad eccezione di Assistenza, Tutela legale, Tutela Legale Cyber, Interventi chirurgici, Diaria Spese Mediche

Entro **3 giorni** dal sinistro, inviare la denuncia di sinistro, allegando i documenti richiesti, ai seguenti recapiti:

- **Sito/app:** Area Clienti del sito [www.axa-mps.it](http://www.axa-mps.it) o app My AXA
- **Posta:** Casella Postale 187 Roma Spinaceto 55593 - Filiale Roma
- **Sud E-mail:** [sinistri.banca@axa.it](mailto:sinistri.banca@axa.it)

#### Documenti da allegare alla denuncia Sinistri Ambito Imprenditore e collaboratori\*

1. Modulo denuncia sinistro compilato e firmato.
2. Documentazione medica, comprensiva di referti diagnostici e certificato di guarigione.
3. In caso di morte, certificato di morte, relazione del medico curante sulle cause del decesso, copia referto autoptico, atto notorio eredi (no autocertificazione).
4. Se l'evento è stato determinato da incidente stradale e l'Assicurato era alla guida del veicolo, copia della Patente di Guida e Verbale rilasciato dalle Autorità eventualmente intervenute.
5. In caso di rimborso spese di cura, originali delle fatture/notule.
6. Per la copertura Responsabilità Civile professionale, inviare notizie, documenti e atti giudiziari relativi al sinistro.

\* Morte da infortunio, Invalidità permanente da infortunio, Inabilità temporanea da infortunio, Rimborso spese di cura da infortunio, Conto protetto, Invalidità permanente da malattia, Responsabilità Civile Professionale, Viaggi di Lavoro

#### Documenti da allegare alla denuncia Sinistri Ambiti Attività Aziendale e Locali e e beni aziendali\*\*

1. Modulo denuncia sinistro compilato e firmato.
2. Per la copertura Responsabilità Civile dell'attività e verso i prestatori di lavoro e Responsabilità Civile Prodotti, inviare notizie, documenti e atti giudiziari relativi al sinistro.
3. Se disponibile, inserire nel campo "Descrizione del danno", presente nel Modulo di denuncia, l'indicazione sommaria dell'ammontare del danno.
4. Verbale delle Autorità, se intervenute.
5. Denuncia presentata alle Autorità.

\*\*Responsabilità Civile dell'attività e verso i prestatori di lavoro, Responsabilità Civile Prodotti, Responsabilità Civile della proprietà, Pronta ripresa, Protezione Incassi POS, Incendio fabbricato/integrativo, Incendio contenuto, Rischio locativo, Furto e Rapina, Elettronica e guasti macchine, Energie rinnovabili e Terremoto e Alluvione.

#### Contatti utili

Per richiedere informazioni su come denunciare un sinistro o su un sinistro già aperto:

- **Numero verde** 800 231 187 dal lunedì al venerdì 08.30 - 20.00
- **Numero non gratuito** +39 06 45 202 136 per chiamate
- dall'estero **E-mail:** [sinistri.banca@axa.it](mailto:sinistri.banca@axa.it)

### Per le coperture Assistenza persona (ad eccezione del Network convenzionato), Tutela legale, Tutela Legale Cyber Assistenza ai locali, Viaggi di lavoro

In caso di sinistro puoi rivolgerti alla Struttura Organizzativa di AXA Assistance ai numeri:

- **Numero verde** 800 300 433 per chiamate dall'Italia
- **Numero non gratuito** +39 06 42 115 745 per chiamate dall'estero





# INFORMATIVA PRIVACY SINTETICA PER I CLIENTI DI AXA MPS ASSICURAZIONI DANNI

Ultimo aggiornamento: maggio 2023



## Chi decide perché e come trattare i dati?

AXA MPS Assicurazioni Danni S.p.A., con sede in Via Aldo Fabrizi, 9 - 00128 ROMA, (note societarie complete su [www.axa-mps.it](http://www.axa-mps.it)), mail: [privacy@axa.it](mailto:privacy@axa.it) (di seguito anche “AMAD”, il “Titolare” o la “Compagnia”) è il **titolare del trattamento dei dati personali**, cioè delle informazioni a lei riferite (quali ad esempio i dati identificativi e di contatto, dati di salute e, limitatamente a quanto prescritto dalla normativa vigente, dati giudiziari). Qualora i dati forniti da lei o da terzi, o acquisiti consultando elenchi e registri legittimamente accessibili, si riferiscano a soggetti minori di età sui quali lei esercita la responsabilità genitoriale o la tutela legale, ovvero a familiari/congiunti per l'esecuzione di prestazioni assicurative (es. polizze collettive), le presenti informazioni e le dichiarazioni di volontà formulate rispetto alle richieste di consenso si intendono riferite anche ai trattamenti su questi dati.



## Quali sono i dati di contatto del Responsabile della Protezione dei Dati – DPO

Il Responsabile della Protezione di Dati (DPO – data protection Officer) può essere contattato rivolgendosi ad AXA MPS Assicurazioni Danni S.p.A. – via Aldo Fabrizi, 9 - c.a. Data Protection Officer - 00128 ROMA - e-mail: [privacy@axa.it](mailto:privacy@axa.it).



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

Lei ha il diritto di accedere ai suoi dati personali, farli aggiornare, integrare, rettificare o cancellare, di chiederne la limitazione e di opporsi al loro trattamento, richiedere la portabilità dei dati, revocare i consensi espressi 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, ottenere informazioni sui trasferimenti verso paesi che non fanno parte dell'Unione Europea e sul legittimo interesse di AMAD.

Per l'**esercizio dei suoi diritti**, lei può rivolgersi ad AXA MPS Assicurazioni Danni S.p.A. – via Aldo Fabrizi, 9 - c.a. Data Protection Officer - 00128 ROMA - e-mail: [privacy@axa.it](mailto:privacy@axa.it).

Inoltre, Lei potrà proporre reclamo all'Autorità di controllo in materia di protezione dei dati personali, in Italia il Garante per la protezione dei dati personali: Piazza Venezia n. 11 - 00187 Roma (+39) 06.696771; [protocollo@pec.gdpd.it](mailto:protocollo@pec.gdpd.it)



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

### a) Finalità assicurativa

I dati personali sono trattati per svolgere adeguatamente l'attività assicurativa (assunzione e gestione dei rischi effettuati dall'impresa di assicurazione) e per gestire il rapporto assicurativo.

**Il trattamento dei dati è necessario** per dare esecuzione al contratto o alle misure precontrattuali richieste, per adempiere obblighi di legge (es. norme per contrastare il terrorismo internazionale, il finanziamento al riciclaggio, in base alle quali saranno trattati anche i **dati giudiziari**), per legittimo interesse connesso all'attività assicurativa, incluse attività antifrode, statistiche, tariffazione, analisi e studi, invio di comunicazioni di servizio. 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 esplicito** dell'interessato.

Senza i dati ed il consenso esplicito al trattamento dei dati sensibili (dati di salute) non potranno essere forniti tutti i servizi assicurativi previsti dal contratto.

### b) Finalità commerciali e di marketing

I dati personali non sensibili sono trattati per fornire offerte, promozioni e soluzioni innovative e personalizzate, migliorando il livello di protezione, per ricerche di mercato ed altre iniziative di marketing. **Il trattamento dei dati è facoltativo** e possibile solo con il **consenso** dell'interessato liberamente revocabile.

In mancanza o in caso di revoca del consenso, non vi sono effetti sui servizi assicurativi, ma l'interessato perderà l'opportunità di conoscere le nostre offerte e partecipare alle iniziative di marketing. Tale revoca non pregiudica la liceità di qualsiasi trattamento effettuato prima di esso.



### 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 che gestiscono sistemi di informazioni creditizie e di informazione commerciale per rischi finanziari, ove applicabile Cassa Assistenza Assicurazioni AXA e società del Gruppo 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 (es. India), sono assicurate le garanzie previste dalla vigente normativa (es. per trasferimenti all’interno del Gruppo AXA sono applicate le cd. *BCR - Binding Corporate Rules*: [www.axa-mps.it/privacy/Binding Corporate Rules](http://www.axa-mps.it/privacy/Binding%20Corporate%20Rules). Per maggiori informazioni sul trasferimento internazionale dei dati personali, è sempre possibile contattare il Titolare, c.a. Data Protection Officer (DPO), (si veda par. Quali sono i diritti dell’interessato e come possono essere esercitati?). **I dati non sono ceduti a terzi, né diffusi.**



### Da dove sono raccolti i dati trattati?

I dati sono raccolti direttamente presso l’interessato o da terzi, anche mediante la consultazione di banche dati legittimamente accessibili.



### Per quanto tempo i dati vengono conservati?

I dati personali sono conservati per tutto il tempo necessario al raggiungimento della finalità assicurativa, in accordo a quanto previsto dalla normativa vigente (es. art. 2220 codice civile), fermo restando che, decorsi 10 anni dall’ultimo evento, si procede alla loro cancellazione/anonimizzazione.

Per le finalità commerciali e di marketing, in caso di manifestazione dei consensi opzionali richiesti, i dati raccolti saranno conservati per il tempo necessario coerente con le finalità indicate (e comunque per non più di 24 mesi dalla cessazione del rapporto).

L’informativa completa è disponibile nelle Condizioni Generali di Polizza annesse alla presente nota informativa o sul sito [www.axa-mps.it](http://www.axa-mps.it). Altre informazioni sul trattamento dei dati personali sono disponibili nella sezione Privacy del sito web indicato.



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

<b>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</b>						
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**

\_\_\_\_\_