Protezione Business
Cosa fare in caso di sinistro

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
- 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 o su Area Clienti del sito 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 fino al 21/11/2021 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 da Ricovero, Indennità da Ricovero, 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 o app My AXA
- **Posta:** Casella Postale 187 Roma Spinaceto 55593 - Filiale Roma
- Sud **E-mail:** sinistri.banca@axa.it

Documenti da allegare alla denuncia Sinistri Linea Persona*

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 Linea Patrimonio**

1. Modulo denuncia sinistro compilato e firmato.
2. Per la copertura Responsabilità Civile dell'attività e verso i prestatori di lavoro, 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 della proprietà, Pronta ripresa, Protezione Incassi POS, Incendio fabbricato, 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 n**on gratuito +39 06 45 202 136 per chiamate
- dall'estero **E-mail:** 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

AXA MPS Assicurazioni Danni S.p.A. – Sede Legale: Via Aldo Fabrizi n. 9, 00128 Roma - Italia
Tel.: (+39) 06 51760.1, Fax: (+39) 06 51760551 - PEC: axampsdanni@legalmail.it

Capitale Sociale € 39.000.000 interamente versato - Codice Fiscale e numero iscrizione al Registro delle Imprese di Roma: 02513360582 - P. I.V.A. GRUPPO IVA AXA ITALIA n. 10534960967, Numero R.E.A. della C.C.I.A.A. di Roma 441156 – Autorizzata all'esercizio delle Assicurazioni con Decreto del Ministero dell'Industria, del Commercio e dell'Artigianato del 30/9/1974 (G.U. 11/10/1974 n. 266). Compagnia iscritta alla Sez. I dell'Albo delle Imprese IVASS al n. 1.00049.
La Società è soggetta all'attività di direzione e coordinamento di AXA Assicurazioni S.p.A. ed appartiene al Gruppo assicurativo AXA ITALIA, iscritto all'Albo dei Gruppi assicurativi con il n. 041.

Spett.le
AXA MPS Assicurazione Danni S.p.A.
Gestione Sinistri
e-mail: sinistri.banca@axa.it

Denuncia sinistro

(tutti i campi sono obbligatori, scrivere in stampatello)

Dati generali Assicurato

Numero Polizza

Cognome e Nome | Codice fiscale/ P.IVA

Targa

Indirizzo, Cap, Prov.

Recapito telefonico | E-mail

Dati del Conto Corrente

IBAN

Dati sinistro

Data, ora e luogo del sinistro

Dinamica del sinistro

Descrizione del danno

Selezionare la casella corrispondente all'evento che si intende denunciare:

- ☐ Danni al Fabbricato (pareti, soffitti, intonaci etc.) dovuti ad Incendio; Rottura accidentale di tubatura idrica; Evento atmosferico; Fenomeno elettrico (sbalzo di tensione); Altro
- ☐ Danni al Contenuto (mobili, oggetti d'arredo, tappeti etc.) dovuti ad Incendio; Rottura accidentale di tubatura idrica; Evento atmosferico; Fenomeno elettrico (sbalzo di tensione); Altro
- ☐ Malattia (allegare documentazione medica)
- ☐ Decesso o Invalidità Permanente da Infortunio (allegare documentazione medica)
- ☐ Danni alla proprietà di Terzi - Responsabilità Civile
- ☐ Furto/Scippo/Rapina e Uso fraudolento dei mezzi di pagamento
- ☐ Altro

Intervento forze dell'ordine **SÌ** ☐ **NO** ☐ Se SÌ quali ☐ **Polizia** ☐ **Carabinieri** ☐ **Polizia Municipale** ☐ **VVFF**
Comando di zona _____

Dati del danneggiato (*se diverso dall'Assicurato*)

Cognome e Nome | Codice fiscale

Indirizzo, Cap, Prov. | Recapito telefonico

Grado di parentela con l'Assicurato (se esistente) _____

N.B. In caso di sinistro riguardante le garanzie interventi chirurgici, Diaria da ricovero, indennità da ricovero e Spese mediche, **non compilare il presente modulo ma contatta la Centrale Operativa al numero verde 800 231 187 oppure invia la denuncia tramite Area Clienti del sito www.axa-mps.it o App My AXA.**
Ti ricordiamo che le richieste già inserite su salute.axa.it continueranno ad essere regolarmente gestite secondo le consuete modalità senza alcuna variazione rispetto alla procedura sinora seguita.

Io sottoscritto assicuro che le informazioni e i dati da me forniti corrispondono alla verità. Sono consapevole del fatto che omissioni intenzionali o dichiarazioni false, pur se non decisive al fine di stabilire la responsabilità e/o l'ammontare del danno, possono portare alla perdita della copertura assicurativa. Mi impegno inoltre, qualora dovessero verificarsi cambiamenti, a darne comunicazione a AXA MPS Assicurazioni S.p.A.

Luogo e data | L'Assicurato/Beneficiario

Numero allegati

AXA MPS ASSICURAZIONI DANNI S.p.A. – Sede Legale: Via Aldo Fabrizi n. 9, 00128 Roma (Italia), Codice Fiscale e numero iscrizione al Registro delle Imprese di Roma: 02513360582, Partita IVA: 01068311008, Capitale Sociale € 39.000.000 i.v., Tel.: +39 06 51760.1, Fax: +39 06 51760551. Sito Internet: www.axa-mps.it, PEC: axampsdanni@legalmail.it. Ufficio Gestione Sinistri e Liquidazioni: Casella Postale 187 Roma Spinaceto 55593, Filiale Roma Sud, Tel.: 800 231 187. Autorizzata all'esercizio delle Assicurazioni con Decreto del Ministero dell'Industria, del Commercio e dell'Artigianato del 30/9/1974
(G.U. 11/10/1974 n. 266). Compagnia iscritta alla Sez. I dell'Albo delle Imprese IVASS al n. 1.00049. La Società è soggetta all'attività di direzione e coordinamento di AXA Assicurazioni S.p.A. ed appartiene al Gruppo assicurativo AXA ITALIA, iscritto all'Albo dei Gruppi assicurativi con il n. 041.

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 (Cognome e nome) Codice Fiscale

Assicurato (Persona cui si riferiscono le spese) ☐ Coniuge/Convivente ☐ Figlio ☐ Altro

Indirizzo ove restituire la documentazione (Unicamente domicilio o residenza) Via/C.so n.

CAP Località Prov. Recapito telefonico

Altre coperture sanitarie del nucleo famigliare ☐ 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

_____