Pro Family
Was tun im Schadenfall

Für Rechtsschutz- und Cyber-Risk-Versicherungen, den Versicherungsschutz „ „Person“ (unter Ausnahme des Partnernetzwerks), Wohnungsschutz, berufliche Wiedereingliederung, Hilfe zu Hause

Bitte wenden Sie sich im Schaden fall an die Organisationsstruktur von AXA Assistance unter folgender Nummer:

- **Kostenlose Rufnummer** 800 289 357 für Anrufe aus Italien
- **Geographische Rufnummer** +39 06 42 115 230 für Anrufe aus dem Ausland

Für den Versicherungsschutz Tagegeld für stationäre Behandlung, chirurgische Eingriffe und für das Vorsorgeprogramm

Im Schadensfall können Sie sich über die folgenden Kanäle an das AXA Operations Center wenden, um neue Anfragen zu stellen und auf Dienstleistungen in Bezug auf Ihre Krankenversicherung zuzugreifen:

- Der Kundenbereich der Website www.axa.it
- Die My AXA App

Wie man sich registriert

- Auftragnehmer: Geben Sie die Steuernummer und die Policennummer in die entsprechenden Felder ein
- Begünstigter: Geben Sie den Steuercode ein und geben Sie im Feld Policennummer die Policennummer gefolgt von "-" und dem Steuercode ohne Leerzeichen ein (z.B. AL00000000-XXXYYY11X22X111X)

Sie können die angeschlossenen Einrichtungen auf der Website www.axa.it

Alternativ erreichen Sie das Operations Center unter den folgenden Adressen

- **Kostenlose Rufnummer** 800 199 044 für Anrufe aus Italien
- **Geographische Rufnummer** +39 06 42 115 549 für Anrufe aus dem Ausland

Der Telefonservice ist montags bis freitags von 9.00 bis 19.00 Uhr und samstags von 9.00 bis 13.00 Uhr erreichbar.

Wir erinnern Sie daran, dass Anfragen, die bereits bis einschließlich 21/11/2021 auf salute.axa.it eingegangen sind, weiterhin regulär nach den üblichen Methoden bearbeitet werden, ohne dass sich der bisherige Ablauf ändert.

Für alle anderen Abdeckungen

Das Formular für die Schadensmeldung mit den erforderlichen Unterlagen an folgende Adressen senden:

- **Website/App:** Kundenbereich der Website www.axa.it oder My AXA App
- **Auf dem Postweg:** Corso Como, 17 - 20154 Milano – Italia
- E-**mail:** sinistri.banca@axa.it

Unterlagen, die der Schadensmeldung für die Linie „Person“ beigefügt werden müssen*

1. Ausgefülltes und unterzeichnetes Formular für die Schadensmeldung.
2. Medizinische Dokumentation, einschließlich der diagnostischen Befunde und der Genesungsbescheinigu. ng
3. Im Todesfall Sterbeurkunde, Bericht des behandelnden Arztes über die Ursachen für das Ableben, Kopie des autoptischen Befunds, Notorietätsakt (beeidete Bezeugungsurkunde) der Erben (keine Selbstbescheinigung).
4. Wenn das Ereignis auf einen Verkehrsunfall zurückzuführen ist und der Versicherte am Steuer des Fahrzeuges saß, Kopie des Führerscheins und Protokoll eventuell intervenierter Behörden.
5. Im Falle der Erstattung von Behandlungskosten, die Originale der Rechnungen/Honorare.
6. Bei Verlust der Arbeitsstelle, Kündigungsschreiben des Arbeitgebers, Bescheinigung über die Arbeitnehmerlaufbahn (Formular c/2) oder Berufs- und Personenstandsübersicht (beide werden vom italienischen Arbeitsamt [Centro per l‘impiego] ausgestellt), die letzten beiden Lohnzettel

* **Linie „Person“:** Unfalltod,permanente Invalidität durch Unfall, vorübergehende Arbeitsunfähigkeit durch Unfall, permanente Invalidität durch Krankheit, Verlust der Arbeitsstelle.

Unterlagen, die der Schadensmeldung für die Linie „Vermögen“ beigefügt werden müssen**

1. Ausgefülltes und unterzeichnetes Formular für die Schadensmeldung.
2. Für den Haftpflichtversicherungsschutz, Familienstand des Versicherten (keine Selbstbescheinigung).
3. Unterlagen zum Beleg des Besitzes von Tieren, wenn der Schadensfall durch diese verursacht wurde.
4. Nur wenn sofort verfügbar, im Feld „Schadensbeschreibung“ des Formulars für die Schadensmeldung die ungefähre Schadenssumme angeben.5. Protokoll einer eventuellen Intervention der Behörden.
6. Anzeige bei den Behörden.

** **Linie „Vermögen“:** Haftpflicht für das Privatleben, Haftpflicht für Eigentum, Feuer Gebäude, Feuer Hausrat, Mietrisiko, Diebstahl Hausrat, Erneuerbare Energien All Risks

AXA Assicurazioni S.p.A. - Sede Legale e Direzione Generale: Corso Como 17, 20154 Milano - Italia
Tel. (+39) 02 480841 - Fax (+39) 02 48084331 - PEC: axaassicurazioni@axa.legalmail.it

Capitale Sociale € 232.535.335 interamente versato - Ufficio del Registro delle Imprese di Milano-Monza-Brianza-Lodi e C. F. n. 00902170018 - P. I.V.A. GRUPPO IVA AXA ITALIA n. 10534960967 - Numero R.E.A. della C.C.I.A.A. di Milano n. 1576311 - Direzione e coordinamento di AXA MEDITERRANEAN HOLDING SAU ai sensi dell’art. 2497 bis C.C. - Iscrizione Albo Imprese IVASS n. 1.00025 - Capogruppo del gruppo assicurativo AXA ITALIA iscritto all’Albo Gruppi IVASS con il n. 041 - Impresa autorizzata all’esercizio delle assicurazioni con Decreto del Ministero dell’industria, del commercio e dell’artigianato del 31 dicembre 1935 - (Gazzetta Ufficiale del 9 aprile 1936 n. 83)

An
AXA Assicurazioni S.p.A.
Schadensregulierung
E-Mail: sinistri.banca@axa.it

Schadensmeldung

(alle Felder sind Pflichtfelder, bitte in Druckschrift schreiben)

Allgemeine Daten des Versicherten

Nummer der Versicherungspolice

Nachname und Vorname | Steuernummer/USt-IdNr.

Wohnort

Adresse, PLZ, Prov.

Telefonnummer | E-Mail

Kontodaten

IBAN

Daten des Schadenfalles

Datum, Uhrzeit und Ort des Schadenfalles

Unfallhergang

Beschreibung des Schadens

Intervention der Ordnungskräfte JA ☐ NEIN ☐ Wenn ja, welche ☐ Polizei ☐ Carabinieri ☐ Stadtpolizei ☐ Feuerwehr

Daten des Geschädigten (*wenn nicht mit dem Versicherten übereinstimmend*)

Nachname und Vorname | Steuernummer

Adresse, PLZ, Prov. | Telefonnummer

Verwandtschaftsgrad mit dem Versicherten (falls bestehend)

- ☐ Versicherungsschutz Brand
- ☐ Versicherungsschutz Unfall
- ☐ Versicherungsschutz Krankheit
- ☐ Versicherungsschutz Haftpflicht
- ☐ Versicherungsschutz Diebstahl/Überfall/Raubüberfall
- ☐ Andere

Hinweis: Bei einem Schadenfall bezüglich der Versicherungsdeckungen für chirurgische Eingriffe, Tagegeld für Krankenhausaufenthalt, Entschädigung für Krankenhausaufenthalt und Arztkosten, dieses Formular nicht ausfüllen, sondern verbinden Sie sich mit dem Kundenbereich der axa.it-Website oder mit der My AXA App.

Besitz weiterer Versicherungspolicen, unter deren Schutz das Ereignis fällt JA ☐ NEIN ☐

Wenn JA, bitte die Daten dieser Versicherungspolicen angeben (Nummer, Name, Adresse der Versicherungsgesellschaft)

Ich, der Unterzeichnete, versichere, dass die von mir angegebenen Daten und Informationen der Wahrheit entsprechen. Ich bin mir bewusst, dass ein absichtliches Verschweigen von Informationen oder Falschaussagen, auch wenn diese für die Feststellung der Haftung und/oder der Schadenssumme nicht entscheidend sind, zum Verlust des Versicherungsschutzes führen können. Außerdem verpflichte ich mich, AXA Assicurazioni S.p.A. über eventuell eintretende Veränderungen zu informieren.

Ort und Datum | Der Versicherte/Nutznießer

Zahl der Anhänge

INFORMATIVA PRIVACY SINTETICA

Chi decide perché e come trattare i dati?

AXA Assicurazioni S.p.A. (di seguito "AXA"), 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, 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 Assicurazioni S.p.A. c.a. Data Protection Officer - Corso Como 17 - 20154 Milano (MI) - 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 di Assicurazione o sul sito **www.axa.it**.

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

_____