



Pro Business

Was tun im Schadenfall

Für den Versicherungsdeckungen Rechtsschutz, „Personenbezogene Assistance“ (unter Ausnahme des Partnernetzwerks und der Reiseassistance Travel Gold), Hausassistance, Second Opinion und Gesundheitservice, Reiseassistance

Bitte wenden Sie sich im Schadenfall 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 Krankenhausaufenthalt, Chirurgische Eingriffe, Vorsorgeprogramm und Partnernetzwerks

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-XXYY11X22X111X)

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 Genesungsbescheinigung.
3. Im Todesfall Sterbeurkunde, Bericht des behandelnden Arztes über die Ursachen für das Ableben, Kopie des autopsischen Befunds, oterietätsakt (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. Für den Versicherungsschutz Berufsh aftpflicht, Notizen, Unterlagen und Rechtsakten zum Schadenfall einsenden.

* **Linie „Person“:** Unfalltod, dauerhafte Invalidität durch Unfall, vorübergehende Arbeitsunfähigkeit durch Unfall, Erstattung von Behandlungskosten bei Unfall, dauerhafte Invalidität durch Krankheit, Berufsh aftpflicht, Reiseassistance Travel Gold.

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

1. Ausgefülltes und unterzeichnetes Formular für die Schadensmeldung.
2. Für den Versicherungsschutz Haftpflicht der Tätigkeit gegenüber den Arbeitnehmern, Notizen, Unterlagen und Rechtsakten zum Schadenfall einsenden.
3. Falls verfügbar, im Feld „Schadensbeschreibung“ des Meldeformulars die ungefähre Schadenssumme angeben.
4. Protokoll einer eventuellen Intervention der Behörden.
5. Anzeige bei den Behörden.

** **Linie „Vermögen“:** Haftpflicht für die Tätigkeit gegenüber den Arbeitnehmern, Eigentümerhaftpflicht, Schutz der Einnahmen über POS-Terminal, Brand des Gebäudes, Brand des Inhalts, Haftpflicht des Mieters, Diebstahl und Raub, Elektronik und Maschinenschäden, erneuerbare Energien.



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 Versicherungspolice(n), unter deren Schutz das Ereignis fällt JA ☐ NEIN ☐

Wenn JA, bitte die Daten dieser Versicherungspolice(n) 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/Nutzníeíer

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 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
