# Pro Family
## Cosa fare in caso di sinistro

**Per le coperture Tutela legale, Cyber risk, Assistenza persona (ad eccezione del Network convenzionato), Assistenza abitazione, Rilancio professionale, Second opinion e Assistenza domiciliare**

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

- **Numero verde** 800 289 357 per chiamate dall'Italia
- **Numero nero** +39 06 42 115 230 per chiamate dall'estero

**Per le coperture Diaria da ricovero, Interventi chirurgici, Spese mediche, per il Programma di prevenzione e 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.it
- l'app My AXA

Modalità di registrazione

- Contraente: inserisci negli appositi campi il codice fiscale e il numero di polizza
- Beneficiario: inserisci il codice fiscale e nel campo numero di polizza inserisci il numero di polizza seguito da "-" e dal codice fiscale, senza spazi (es. AL00000000-XXXYYY11X22X111X)

Puoi ricercare le strutture convenzionate sul sito www.axa.it

Alternativamente puoi contattare la Centrale Operativa ai seguenti recapiti

- **Numero verde** 800 199 044 per chiamate dall'Italia
- **Numero nero** +39 06 42 115 549 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 altre coperture**

Inviare il **Modulo Denuncia Sinistro**, allegando i documenti richiesti, utilizzando i seguenti canali:

- **Sito/app:** Area Clienti del sito www.axa.it oppure app My AXA
- **Posta:** Corso Como, 17 - 20154 Milano – Italia
- **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. In caso di perdita di impiego, lettera di licenziamento del datore di lavoro certificato storico (modello c/2) oppure scheda anagrafico-professionale sintetica entrambi rilasciati dal Centro per l'Impiego (ex Ufficio di collocamento), ultimi due cedolini di paga.

* **Linea Persona:** Morte da infortunio, Invalidità permanente da infortunio, Inabilità temporanea da infortunio, Rimborso spese di cura da infortunio, Invalidità permanente da malattia, Perdita di impiego.

**Documenti da allegare alla denuncia Sinistri Linea Patrimonio****

1. Modulo denuncia sinistro compilato e firmato.
2. Per la copertura Responsabilità Civile, Stato di Famiglia dell'Assicurato (no autocertificazione).
3. Documentazione attestante la proprietà di animali se l'evento dannoso è dipeso dagli stessi.
4. Solo se immediatamente disponibile, inserire nel campo "Descrizione del danno" presente nel Modulo di denuncia sinistro l'indicazione sommaria dell'ammontare del danno.
5. Verbale delle Autorità, se intervenute.
6. Denuncia presentata alle Autorità.

** **Linea Patrimonio:** Responsabilità Civile della vita privata, Responsabilità Civile della proprietà, Incendio fabbricato, Incendio contenuto, Rischio locativo, Furto del contenuto, Energie rinnovabili 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)

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

# Modulo Denuncia Sinistro

(tutti i campi sono obbligatori, scrivere in stampatello)

## Dati generali Assicurato

Numero Polizza

Cognome e Nome | Codice fiscale/P.IVA

Luogo di residenza

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

Intervento forze dell'ordine **SÌ** ☐ **NO** ☐ Se SÌ quali ☐ **Polizia** ☐ **Carabinieri** ☐ **Polizia Municipale** ☐ **VVFF**

**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)

- ☐ Copertura assicurativa Incendio
- ☐ Copertura assicurativa Infortuni
- ☐ Copertura assicurativa Malattia
- ☐ Copertura assicurativa Responsabilità Civile
- ☐ Copertura assicurativa Furto/Scippo/Rapina
- ☐ Altro

**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 collegarsi all'Area Clienti del sito axa.it o all'app My AXA.

Possesso di ulteriori polizze assicurative che garantiscono l'evento **SÌ** ☐ **NO** ☐

Se SÌ indicare i dati di tali Polizze (numero, nome, indirizzo della Compagnia)

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 Assicurazioni S.p.A.

Luogo e data | L'Assicurato/Beneficiario

Numero allegati

# 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**<br><br>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**<br><br>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**

_____