



Modulo di denuncia Annullamento Viaggio

Gent. le Cliente,

Al fine di poter valutare il suo sinistro la preghiamo di completare in maniera dettagliata il modulo di denuncia che segue e spedirlo tramite posta ordinaria all'indirizzo:

Inter Partner Assistance S.A. - Rappresentanza Generale per l'Italia
Travel – Ufficio Sinistri
Casella postale 20175
Via Eroi di Cefalonia
00128 Spinaceto - Roma

I seguenti documenti dovranno inoltre essere allegati alla denuncia:

- In caso di sola biglietteria aerea:
 - ✓ Contratto di vendita o ricevuta di pagamento del biglietto elettronico e ricevuta di pagamento delle fees di agenzia.
 - ✓ Regola tariffaria;
 - ✓ Conferma di rimborso delle tasse aeroportuali (*Tax Refund*) oppure lettera assicurativa di non volato.
- In caso di pacchetto di viaggio venduto tramite Agenzia di Viaggi:
 - ✓ Contratto di vendita emesso dall'Agenzia di Viaggi;
 - ✓ Estratto conto di penale emesso dall'Agenzia di Viaggi;
 - ✓ Regolamento di penale applicato dall'Agenzia di Viaggi e/o dal Tour Operator.
- In caso di pacchetto di viaggio venduto tramite Tour Operator:
 - ✓ Contratto di vendita emesso dal Tour Operator;
 - ✓ Estratto conto di penale emesso dal Tour Operator;
 - ✓ Regolamento di penale applicato dal Tour Operator.

In caso di malattia o infortunio

- Il verbale di pronto soccorso e/o certificato medico attestante la data dell'infortunio o dell'insorgenza della malattia, la diagnosi ed i giorni di prognosi.

In caso di ricovero

- Il foglio di dimissioni.

In caso di **decesso**

- Il certificato di morte;
- Dichiarazione sostitutiva di atto notorio;
- Copia del documento d'identità e coordinate bancarie degli eredi (in fase di definizione del sinistro potrà essere chiesta la compilazione di autorizzazione alla manleva).



Modalità di compilazione

- ✓ La preghiamo di scrivere i numeri e le parole nel modo più chiaro possibile, in stampatello maiuscolo e mettendo un solo carattere in ciascuna casella;
- ✓ I caratteri devono essere scritti con tratto ben separato gli uni dagli altri;
- ✓ La preghiamo di evitare di scrivere fuori dalle caselle destinate alla compilazione;
- ✓ Nel caso in cui avesse sbagliato a rispondere annerisca la casella relativa;
- ✓ In caso di scelta fra più opzioni è sufficiente segnare con una crocetta la casella che corrisponde al suo caso.



Dati dell'Agenzia di viaggi

Ragione sociale

Recapito telefonico /

Indirizzo e-mail

B. Dati del viaggio

Dettagli del viaggio

Data della prenotazione / /

Destinazione finale

Itinerario di andata

Data / /

Itinerario di ritorno

Data / /

Partecipanti assicurati coinvolti nel sinistro

Nome

Cognome

Codice Fiscale

Data di nascita / /

Comune di nascita

Nome

Cognome

Codice Fiscale

Data di nascita / /

Comune di nascita

Nome

Cognome

Codice Fiscale



MODELLO DT1

Data di nascita / /

Comune di nascita

Nome

Cognome

Codice Fiscale

Data di nascita / /

Comune di nascita

Nome

Cognome

Codice Fiscale

Data di nascita / /

Comune di nascita

Dettagli per il rimborso

Costo totale del viaggio € ,

Penale applicata € ,

Rimborso richiesto € ,

Altre assicurazioni (se presenti)

Nome della Compagnia

Numero della polizza

Importo rimborsato € ,

Massimale previsto € ,



C. Dati del sinistro

Circostanze dell'annullamento

Natura medica

SI NO

Causa dell'annullamento

Malattia Infortunio

Se altra causa, specificare

Motivi familiari Motivi lavorativi
Adempimenti giudiziari Altro

Data del sinistro / /

Luogo del sinistro

Data in cui è avvenuta la comunicazione dell'annullamento all'Agenzia

/ /



**D. Sezione di competenza del medico curante della persona la cui
malattia, infortunio o morte ha dato luogo al sinistro**

N.B.: i costi della compilazione del certificato medico rimangono a carico del richiedente e non sono rimborsabili.

Nome assistito

Cognome assistito

Data di nascita / /

Diagnosi

Data insorgenza malattia / /

Data in cui è avvenuta la prima valutazione sanitaria
 / /

Patologia concomitanti SI NO

Terapie in atto SI NO

Data nella quale si è reso necessario l'annullamento del viaggio
 / /

Dichiarazione del medico curante

Ho esaminato la persona descritta nel presente modulo, valutato la sua documentazione medica e dichiaro pertanto che le informazioni fornite sono corrette e che nessun dettaglio riguardante il caso è stato omissso.

Nome del medico

Cognome del medico

Qualifica

Timbro

Data / /

Firma _____



E. Consenso al trattamento dei dati personali – Tutela della privacy

Informativa ai sensi del regolamento UE 2016/679 (GDPR)

Ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento UE 2016/679, la informiamo che i dati personali, comuni e sensibili, da lei forniti saranno trattati anche con l'ausilio di strumenti elettronici direttamente da Inter Partner Assistance S.A. - Rappresentanza Generale per l'Italia, unicamente per le finalità strettamente legate alla gestione del sinistro e all'erogazione del servizio.

Con riferimento alle finalità sopra descritte, i suoi dati potrebbero essere trasmessi a società/personale di nostra fiducia che svolgono, per nostro conto, compiti di natura tecnica, organizzativa, amministrativa e fiscale e comunque sempre all'interno dell'Unione Europea, ad esempio per attività attinenti l'esercizio sia dell'attività assicurativa e riassicurativa sia delle relative attività connesse e strumentali, cui Inter Partner Assistance S.A. - Rappresentanza Generale per l'Italia è autorizzata ai sensi delle vigenti disposizioni di legge; finalità di ridistribuzione del rischio mediante coassicurazione o riassicurazione, nonché di prevenzione, individuazione e/o perseguimento di frodi anche di natura assicurativa e relative azioni legali; finalità derivanti da obblighi di legge, da regolamenti, dalla normativa comunitaria, da disposizioni impartite da Autorità a ciò legittimate dalla legge o da organi di vigilanza e controllo.

Il titolare del trattamento dei dati è Inter Partner Assistance S.A. - Rappresentanza Generale per l'Italia, con sede in Via Carlo Pesenti n° 121 - 00156 Roma (RM). I dati saranno trattati nel rispetto delle garanzie di riservatezza e delle misure di sicurezza previste dalla normativa vigente.

I suoi dati saranno conservati a cura del titolare e unicamente per le finalità sopra descritte e per il tempo strettamente necessario, fatto salvo gli obblighi amministrativi, fiscali e legali, trascorso il quale verranno anonimizzati in modo irreversibile o cancellati.

Per le finalità sopra descritte il trattamento dei suoi dati è da considerarsi lecito in quanto necessario per prestare la garanzia ed erogare i servizi previsti dal contratto. Non è presente alcun processo decisionale automatizzato.

Le ricordiamo che ai sensi degli articoli da 15 a 22 del GDPR le sono riconosciuti dei diritti (accesso, rettifica, cancellazione, limitazione, portabilità, opposizione) che potrà esercitare in ogni momento scrivendo per posta o per email: privacy@axa-assistance.com al titolare o al responsabile della protezione dei dati (DPO) designato da quest'ultimo. Da ultimo, ha diritto di proporre reclamo all'Autorità Garante per la Protezione dei Dati Personali ai sensi dell'art. 77 della medesima normativa.

Autorizzo al trattamento dei miei dati personali

Data

		/			/					
--	--	---	--	--	---	--	--	--	--	--

Firma _____