

Modulo di denuncia Spese Mediche in Viaggio e Infortuni in 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:

- Il contratto di viaggio e/o prenotazione biglietteria;
- Certificato medico redatto in loco;
- Fatture e/o scontrini fiscali delle spese mediche sostenute.

Documenti necessari in caso di Decesso dell'Assicurato a seguito d'Infortunio*:

- 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);
- Copia della cartella clinica (se il decesso è avvenuto in ospedale o clinica privata);
- Copia della scheda del 118 (o autorità equivalente se all'estero) se intervenuto sul luogo del decesso;
- Copia del verbale rilasciato dall'autorità competente, da cui si desumano le precise circostanze del decesso;
- Copia del referto dell'autopsia (se richiesta dalle autorità competenti);
- Copia del certificato redatto dal necroscopo.

Documenti necessari in caso di Invalidità Permanente Totale* o Parziale*:

- Perizia medico-legale di parte;
- Certificato medico, in originale, attestante la percentuale dei postumi invalidanti.

* solo per polizze che prevedono tale garanzia.

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.



A. Dati generali

Polizza

Numero della polizza

Dati anagrafici assicurato

Nome

Cognome

Data di nascita /

Comune di nascita

Codice Fiscale

Via/Piazza etc.

Numero civico

Comune

Provincia

C.A.P.

Recapiti assicurato

Recapito telefonico /

Indirizzo e-mail

Coordinate bancarie beneficiario

IBAN

BIC / SWIFT

Nome del beneficiario o intestazione completa della Società (se diversi dall'Assicurato)

Cognome beneficiario (se diverso dall'Assicurato)

Codice Fiscale o Partita IVA (se diversi dall'Assicurato)



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 / /

Altre assicurazioni (se presenti)

Nome della Compagnia

Numero della polizza

Importo rimborsato € ,

Massimale previsto € ,



D. 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 redistribuzione 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.



Data

--	--	--	--	--

Firma
