

# 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 via e-mail all'indirizzo <u>sinistri.travel@axa-assistance.com</u> o 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 sequenti documenti dovranno inoltre essere allegati alla denuncia:

- Il contratto di viaggio e/o prenotazione biglietteria;
- Il regolamento di penale (tour operator, hotel, vettore etc.);
- La documentazione ufficiale attestante la penale emessa dall'Agenzia di viaggi;
- La conferma di rimborso delle tasse aeroportuali ottenuto dalla compagnia aerea o lettera di diniego.

### 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 annullamento per altre cause

- La documentazione attestante l'evento che ha determinato l'annullamento (citazione testimoniale, etc.);
- La documentazione attestante il legame tra l'Assicurato e l'eventuale altro soggetto che ha determinato la rinuncia al viaggio.

## N.B.:

- Non compilare il presente modulo se è stata effettuata la denuncia on-line
   Indicare il numero di sinistro provvisorio in caso di denuncia telefonica (dal 01/07/2016):
- Indicare il numero di sinistro provvisorio in caso di denuncia telefonica (dai 01/07/2016):

## 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.





Registro delle Imprese di Roma RM - Numero REA 792129 - Part. I.V.A. 04673941003 - Cod. Fisc. 03420940151



# A. Dati generali

PUILZZā																	
Numero della polizza																	
Dati anagrafici assicurato																	
Nome																	
Cognome																	
Data di nascita			/			1											
Comune di nascita																	
Codice Fiscale																	
Via/Piazza etc.																	
Numero civico																	
Comune																	
Provincia																	
C.A.P.																	
Recapiti assicurato																	
Recapito telefonico					1												
Indirizzo e-mail																	
Coordinate bancarie beneficia	rio																
IBAN																	
BIC / SWIFT																	
Nome del beneficiario o inte	estazi	one c	ompl	eta d	ella S	Socie	tà (se	dive	rsi da	ll'Ass	sicura	to)					
Cognome beneficiario (se d	iverso	dall'.	Assic	urato	)												
Codice Fiscale o Partita IVA	(se di	versi	dall' <i>A</i>	Assicu	urato)	)											

Codice Fiscale



# Dati dell'Agenzia di viaggi

Ragione sociale											
Recapito telefonico			1								
Indirizzo e-mail											

					E	3. C	ati	i de	el v	iag	gio	)					
Dettagli del viaggio																	
Data della prenotazione			1			1											
Destinazione finale																	
Itinerario di andata																	
Data			1			1											
Itinerario di ritorno																	
Data			1			1											
Partecipanti assicurati coinvol	ti nel s	sinist	ro														
Nome																	
Cognome																	
Codice Fiscale																	
Data di nascita			1			1											
Comune di nascita																	
Nome																	
Cognome																	
Codice Fiscale																	
Data di nascita			1			1											
Comune di nascita																	
Nome																	
Cognome																	

## MODELLO DT1



Data di nascita		1		1								
Comune di nascita												
Nome												
Cognome												
Codice Fiscale												
Data di nascita		/		1								
Comune di nascita												
Nome												
Cognome												
Codice Fiscale												
Data di nascita		/		1								
Comune di nascita												
Dettagli per il rimborso												
Costo totale del viaggio	€				,							
Penale applicata	€				,							
Rimborso richiesto	€				,							
Altre assicurazioni (se present	i)											
Nome della Compagnia												
Numero della polizza												
Importo rimborsato	€				,							
Massimale previsto	€				,							



## C. Dati del sinistro

CICCOSTANZE DEI ANNUIIAMENTO																	
Natura medica																	
	S	SI			N	0											
Causa dell'annullamento																	
	Mal	lattia							Info	ortun	iio						
Se altra causa, specificare																	
	Mot	tivi fa	ımilia	ıri					Мо	tivi la	avora	tivi					
	Ade	empir	nent	i giud	iziari				Alt	ro							
Data del sinistro			1			1											
Luogo del sinistro																	
Data in cui è avvenuta la con	nunica	azion	e del	l'ann	ullam	ento	all'A	.genz	ia								
			1			1											



# 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		1			1														
Diagnosi																			
Data insorgenza malattia		1			1														
Data in cui è avvenuta la prir	ma valuta	azione	sanita	ria															
		1			1														
Patologia concomitanti	SI			N	0														
Terapie in atto	SI			N	0														
Data nella quale si è reso neo	cessario l	ʻannul	lamen	ito de	el via	ggio													
		1			1														
Dichiarazione del medico curan	ite																		
Ho esaminato la persona de	scritta ne	el prese	ente m	nodul	lo, va	lutat	o la s	ua do	ocum	entaz	zione	med	ica e	dichi	aro p	ertan	ito ch	e le	
informazioni fornite sono co	orrette e d	he ne	ssun d	etta	glio ri	guar	dante	e il ca	so è s	stato	ome	sso.							
Nome del medico																			
Cognome del medico																			
Qualifica																			
Timbro																			
Data		1			1														
					!					Firr	na								

## E. DICHIARAZIONI - Consenso al Trattamento dei dati - 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 nº 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. Informativa ai sensi del regolamento UE 2016/679 (GDPR).

Autorizzo al trattamento d	dei miei dati personali	
Data /		
<u> </u>		
		Firma