

Modulo di denuncia RCT (Responsabilità Civile verso Terzi)

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 sinistri.travel@axa-assistance.com 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 seguenti documenti dovranno inoltre essere allegati alla denuncia:

- Il contratto di viaggio e/o prenotazione biglietti;
- La richiesta scritta della controparte con la quantificazione del danno;
- Eventuali testimonianze;
- Eventuali referti medici, cartelle cliniche, certificati di decesso, etc.;
- Eventuale verbale delle autorità competenti;
- Copia di eventuali indennizzi riconosciuti da un'altra assicurazione;
- Eventuali perizie e/o stime su danni a cose o persone;
- Foto dei danni;
- Descrizione dettagliata dell'accaduto.

N.B.: non compilare il presente modulo se è stata effettuata la denuncia on-line

Modalità di compilazione:

Il presente modulo deve essere compilato elettronicamente, salvato sul proprio PC ed inviato all'indirizzo email riportato sopra. Solo nel caso in cui ciò non sia possibile, seguire le indicazioni alternative di seguito riportate per la compilazione manuale.

- ✓ 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 / /

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



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

Altre assicurazioni (se presenti)

Nome della Compagnia

Numero della polizza

Importo rimborsato € ,

Massimale previsto € ,

C. Dati del sinistro

Dati del danneggiato

Nome

Cognome

Telefono cellulare /

Telefono fisso /

Dettagli del sinistro

Data dell'evento / /



MODELLO DRC1

Intervento autorità SI NO

Esiste un grado di parentela tra Assicurato e danneggiato?

SI NO

Se sì, specificare il grado di parentela

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Indicare se il danneggiato è un compagno di viaggio

SI NO

Indicare se sono stati causati danni a persone

SI NO

Indicare se sono stati causati danni a cose

SI NO

Indicare se è possibile eseguire una riparazione del danno

SI NO

Indicare se sono intervenute autorità sanitarie

SI NO

Importo totale del danno €

--	--	--	--	--

 ,

--	--

Indicare se sono presenti testimoni

SI NO

Estremi degli eventuali testimoni

Nome

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Cognome

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Recapito telefonico

--	--	--	--

 /

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Nome

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Cognome

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Telefono

--	--	--	--

 /

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Nome

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Cognome

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Telefono

--	--	--	--

 /

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--



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

Informativa ai sensi del D.Lgs. n.196/2003 e successive modifiche (codice in materia di protezione dati personali)

Ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs n.196/2003, La informiamo che i dati personali da lei forniti, saranno trattati anche con l'ausilio di strumenti elettronici direttamente da Inter Partner Assistance S. A., unicamente per le finalità strettamente legate alla gestione del sinistro. 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 ed organizzativa. Il titolare del trattamento dei dati è Inter Partner Assistance S. A., con sede in Via Carlo Pesenti n° 121 – 00153 Roma (RM). I dati saranno trattati nel rispetto delle garanzie di riservatezza e delle misure di sicurezza previste dalla normativa vigente. Le ricordiamo che ai sensi dell'art. 7 del D.Lgs. n.196/2003 (diritto di accesso ai dati personali ed altri diritti), in ogni momento, può aggiornare, integrare e rettificare i suoi dati scrivendo all'indirizzo privacy@axa-assistance.com.

Autorizzo al trattamento dei miei dati personali

Data

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

Firma _____