

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 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 biglietteria;
- Documentazione medica redatta in loco: cartella clinica, verbale di primo soccorso, certificati medici riportanti le diagnosi, certificati medici attestanti l'infortunio;
- Ricevute relative alle spese mediche sostenute, in originale.

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

- Certificato di morte;
- Copia legalizzata dell'eventuale testamento conosciuto valido e non impugnato;
- Dichiarazione sostitutiva di atto notorio indicante che l'Assicurato non ha lasciato testamento, completa delle generalità di tutti gli eredi, età e capacità giuridica;
- Accettazione di eredità;
- Copia del documento d'identità e coordinate bancarie degli eredi;
- 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.

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.



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 € ,

**C. Dati del sinistro****Dettagli del sinistro**

Luogo

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

Data

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

Indicare il tipo di evento occorso

Infortunio Malattia

Indicare se, al momento dell'evento, ha contattato la nostra Centrale Operativa

SI NO

Rimborso totale richiesto €

					,		
--	--	--	--	--	---	--	--

In caso di malattia

Diagnosi

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

In caso di infortunio

Indicare se presenti testimoni

SI NO

Indicare se intervenute Autorità competenti

SI NO



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 _____