

## 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](mailto: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:

- ✓ 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 €  ,





## 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](mailto:privacy@axa-assistance.com).

Autorizzo al trattamento dei miei dati personali

Data

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

Firma \_\_\_\_\_