

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 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;
- 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):**

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

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 / /

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

Dettagli per il rimborso

Costo totale del viaggio € ,

Penale applicata € ,

Rimborso richiesto € ,

Altre assicurazioni (se presenti)

Nome della Compagnia

Numero della polizza

Importo rimborsato € ,

Massimale previsto € ,



C. Dati del sinistro

Circostanze dell'annullamento

Natura medica

SI NO

Causa dell'annullamento

Malattia Infortunio

Se altra causa, specificare

Motivi familiari Motivi lavorativi

Adempimenti giudiziari Altro

Data del sinistro

/ /

Luogo del sinistro

Data in cui è avvenuta la comunicazione dell'annullamento all'Agenzia

/ /



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 / /

Diagnosi

Data insorgenza malattia / /

Data in cui è avvenuta la prima valutazione sanitaria
 / /

Patologia concomitanti SI NO

Terapie in atto SI NO

Data nella quale si è reso necessario l'annullamento del viaggio
 / /

Dichiarazione del medico curante

Ho esaminato la persona descritta nel presente modulo, valutato la sua documentazione medica e dichiaro pertanto che le informazioni fornite sono corrette e che nessun dettaglio riguardante il caso è stato omissso.

Nome del medico

Cognome del medico

Qualifica

Timbro

Data / /

Firma _____



E. 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 _____