



Modulo di denuncia Inconvenienti di Viaggio e/o Interruzione del 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;
- Copia della denuncia presentata alla Compagnia Aerea (PIR)/di Crociera/altra Assicurazione e del relativo esito.

Per ritardata partenza*

- Certificazione attestante la causa e l'effettivo ritardo rispetto al volo inizialmente pianificato e l'eventuale rimborso e/o servizio dallo stesso riconosciuti.

Per Interruzione del viaggio*

- In caso di decesso: certificato di morte del familiare;
- In caso di ricovero: foglio di dimissioni del ricovero del familiare;
- Documentazione attestante il costo del soggiorno non usufruito.

Spese di riprotezione del viaggio*

- Documentazione oggettivamente provante la causa del ritardo del volo, in originale;
- Nuovi titoli di viaggio acquistati per raggiungere il luogo previsto dal contratto di viaggio con la data di prenotazione e relativa quietanza di pagamento.

* 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.

Inter Partner Assistance S.A. – Rappresentanza Generale per l'Italia

Compagnia di Assicurazioni e Riassicurazioni – Via Carlo Pesenti, 121 – 00156 Roma – Tel.06/42118.1

Sede legale Bruxelles – 7, Boulevard du Régent – Capitale sociale € 130.702.613 interamente versato – Gruppo AXA Partners

N. Iscrizione all'Albo Imprese di Assicurazioni e Riassicurazioni I.00014 – Autorizzazione Ministeriale n. 19662 del 19.10.1993

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



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 (selezione dell'evento)

Ritardata partenza

Ritardo superiore ad 8 ore

Ritardo superiore a 16 ore

Rinuncia al viaggio

SI

NO

Interruzione del viaggio

Contatto con la Centrale Operativa:

SI

NO

Costo sostenuto € ,

Data pagamento / /

Riprotezione del viaggio

Volo di andata

SI

NO

Costo sostenuto € ,

Data pagamento / /

Partecipanti al viaggio 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

C. Dati del sinistro

Dettagli dell'evento

Motivo inconveniente

Cause di natura medica

Altre cause

Luogo del sinistro

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

Data del sinistro

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

In caso di interruzione, specificare i dettagli dell'effettivo rientro

Itinerario

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

Data

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

D. DICHIARAZIONI – Consenso al Trattamento dei dati – Tutela della Privacy

Informativa ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento UE 2016/679

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 redistribuzione 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 n° 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 dei miei dati personali

Data

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

 /

--	--	--	--

 /

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

Firma _____