



## 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](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 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





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

### Informativa ai sensi del Regolamento UE 2016/679 (GDPR)

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](mailto: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 \_\_\_\_\_