

## MODULO PER RICHIESTA DI INDENNIZZO ANNULLAMENTO VIAGGIO – INTERRUZIONE VIAGGIO

1. In caso di sinistro per Interruzione Viaggio o Annullamento Viaggio, la vostra Richiesta di Indennizzo dovrà essere inviata **entro 31 giorni dal rientro in Italia o dall'evento che ha portato all'annullamento** tramite email a [sinistri@travelassist.it](mailto:sinistri@travelassist.it).  
**N.B.** In caso di Annullamento del Viaggio è necessario inviare entro 24 ore dall'evento copia del Certificato Medico che attesti la malattia che ha portato all'Annullamento ed i giorni di prognosi tramite email a [sinistri@travelassist.it](mailto:sinistri@travelassist.it).
2. Dopo aver controllato la documentazione inviata, l'Ufficio Sinistri vi chiederà di inviare tramite **Raccomandata A/R** la documentazione in originale debitamente compilata a **Travelassist S.r.l.**, Corso d'Augusto 118, 47921 Rimini (vi consigliamo di conservare una copia dei documenti).
3. Vi preghiamo di scrivere esclusivamente in **STAMPATELLO** e di rispondere in modo esauriente a tutte le domande presenti nel Modulo. Se lo spazio riservato alle risposte è insufficiente, allegare fogli supplementari. Prendete nota dell'informativa ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679 a pagina 2 del Modulo, **spuntate tutte le caselle** ed apponete la vostra firma.

### DOCUMENTAZIONE DA ALLEGARE

**IMPORTANTE:** sono necessari **DOCUMENTI ORIGINALI**. Non sono ammesse fotocopie o fax di documenti.

#### **ANNULLAMENTO:**

1. Certificato assicurativo firmato.
2. Ricevuta di pagamento dell'organizzazione viaggi o agenzia relativa al viaggio.
3. Fattura o estratto conto di annullamento del viaggio e documentazione relativa al pagamento effettuato per il viaggio. Ad esempio:
  - Pagamento effettuato tramite assegno, bancomat, bonifico bancario o contanti: copia dell'effettivo pagamento o dell'estratto conto bancario.
  - Pagamento effettuato tramite Carta di Credito: copia dell'effettivo pagamento o dell'estratto conto della Carta di Credito.
4. Biglietti di viaggio (Aerei, Ferroviari, Terrestri, ecc.) anche se annullati; in caso di rimborso anche parziale dei biglietti da parte del vettore è sufficiente allegare copia della Richiesta di Rimborso e dei biglietti.
5. Se si tratta di un pacchetto viaggio: Condizioni Generali del Tour Operator con penali di recesso.
6. Motivo comprovato dell'Annullamento, quali:
  - a) In caso di malattia, infortunio, gravidanza a rischio: Certificato Medico da compilare a pagina 5.
  - b) In caso di ricovero: Copia della Cartella Clinica e Certificato Medico a pagina 5.
  - c) In caso di decesso: Certificato di Morte e documento medico che espone la patologia che ha causato il decesso.
  - d) Se l'annullamento è stato causato dalla malattia/decesso di un parente prossimo: Certificazione del rapporto tra l'assicurato e la persona che ha causato l'annullamento.
  - e) Convocazione del Tribunale: fornire la convocazione in originale.
  - f) In caso di danneggiamento della propria abitazione: adeguata certificazione (es: rapporto polizia).

#### **INTERRUZIONE VIAGGIO:**

1. Certificato assicurativo firmato
2. Ricevute di pagamento relative al viaggio e copia dei biglietti di rientro anticipato.
3. Estratti conto di prenotazione dei servizi turistici e biglietti di viaggio (Aerei, Ferroviari, Terrestri, ecc.); in caso di rimborso anche parziale dei biglietti da parte del vettore è sufficiente allegare copia della Richiesta di rimborso e dei biglietti.
4. Motivo comprovato dell'Interruzione Viaggio (fare riferimento alle casistiche del punto n.6 riportato sopra).

## INFORMATIVA SULLA PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI

Desideriamo informarla sulle finalità e le modalità del trattamento dei Suoi dati personali e sui diritti che Le sono riconosciuti dal Regolamento (UE) 2016/679 (nel seguito "GDPR") relativo alla protezione delle persone fisiche, con riguardo al trattamento dei dati personali nonché alla libera circolazione di essi.

Travelassist S.r.l. (d'ora in poi Travelassist) con sede in Corso D'Augusto 118, 47921 Rimini e in qualità di Responsabile del trattamento gestisce, raccoglie e tratta i dati personali per conto di EIR Försäkring AB, quale Titolare del trattamento.

### 1. Quali dati sono trattati

Per le finalità assicurative riportate in questa informativa, possiamo trattare dati personali identificativi e di contatto, dati relativi all'evento assicurato (il viaggio), informazioni relative al Suo stato di salute ed ai rischi da coprire, informazioni sul tipo e livello di polizza, sul premio applicato, sui sinistri occorsi nonché, con il Suo consenso, dati relativi alle sue preferenze, abitudini di consumo e comportamenti.

### 2. Modalità del trattamento

Noi trattiamo i Suoi dati personali in conformità con il Regolamento UE 2016/679, utilizzando modalità manuali (trattamento di atti e documenti cartacei) ed automatizzate e logiche strettamente correlate alle finalità. I trattamenti sono protetti da adeguate misure di sicurezza.

### 3. Finalità del trattamento

Finalità contrattuali e di legge

In riferimento al punto n. 1. sopra riportato, tali dati saranno trattati per le seguenti finalità:

- perfezionamento del contratto assicurativo e le eventuali modifiche o cancellazioni dello stesso;
- adempimento degli obblighi contrattuali nei suoi confronti;
- gestione del sinistro e casi di assistenza sanitaria durante il periodo assicurativo;
- svolgimento di verifiche con altre compagnie di assicurazioni al fine di contrastare comportamenti illeciti o fraudolenti.
- per obblighi derivanti da leggi (quali verifiche antiriciclaggio, antifrode, comunicazioni obbligatorie a fini fiscali, ecc.), da regolamenti e norme comunitarie, nonché da norme emanate da Autorità di vigilanza e controllo o da altre Autorità a ciò legittimate;

La mancata prestazione del consenso ai punti elencati nel presente paragrafo, comporterà l'impossibilità per Travelassist ed EIR Försäkring AB di fornire i servizi da Lei richiesti.

### 4. Soggetti cui si comunicano i dati o che ne vengono a conoscenza.

I Suoi dati personali, in relazione ai rapporti/servizi attivati, possono essere comunicati a Istituzioni pubbliche ed Organi di vigilanza (IVASS). Nel trattare i dati personali per le finalità sopra riportate ci avvaliamo altresì della collaborazione di soggetti esterni

appartenenti alle seguenti categorie:

- società del Gruppo EIR Försäkring AB;
- fornitori di servizi informatici e telematici;
- società che organizzano ed erogano le prestazioni di assistenza previste dal contratto assicurativo;
- società che gestiscono sistemi di pagamento;
- soggetti che gestiscono sistemi nazionali e internazionali per il controllo delle frodi assicurative;
- fornitori di servizi di archiviazione di documenti cartacei;
- fornitori di servizi di conservazione sostitutiva;
- fornitori di servizi di logistica, trasporto, spedizione e smistamento di comunicazioni;
- società e professionisti che svolgono attività di recupero crediti;
- società e professionisti che svolgono attività e consulenze legali;
- società di revisione contabile;
- dipendenti e altri collaboratori, in qualità di persone autorizzate e incaricate del trattamento, addebi anche temporaneamente ai competenti servizi di EIR Försäkring AB e Travelassist.

La mancata prestazione del consenso ai punti elencati nel presente paragrafo, comporterà l'impossibilità per Travelassist ed EIR Försäkring AB di fornire i servizi da Lei richiesti.

### 5. Trasferimenti all'estero di dati personali

In alcuni casi EIR Försäkring AB e Travelassist potranno trasferire dati personali in Paesi esteri per legittimo interesse. Qualora tali Paesi siano fuori della UE, i trasferimenti sono consentiti nel caso di decisioni di adeguatezza emanate dalla Commissione UE ed anche in presenza di accordi internazionali, ovvero con l'adozione di adeguate garanzie di protezione come clausole contrattuali tipo emanate dalla Commissione UE. Ulteriori informazioni su tali garanzie possono essere richieste ai riferimenti riportati sopra.

### 6. Diritti dell'interessato

I soggetti cui si riferiscono i dati personali hanno il diritto, in qualunque momento, di ottenere la conferma che sia o meno in corso un trattamento di dati personali che li riguarda, di accedere a tali dati e di conoscerne il contenuto e l'origine, verificarne l'esattezza o chiederne l'integrazione o l'aggiornamento, oppure la rettifica. Inoltre, gli interessati hanno il diritto di chiedere la cancellazione, la limitazione del trattamento, la revoca del consenso e la portabilità dei dati. Per esercitare tali diritti, potrà scrivere a [privacy@travelassist.it](mailto:privacy@travelassist.it).

## CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Preso atto del Regolamento di cui sopra, Le chiediamo di esprimere il consenso per i trattamenti di dati strettamente necessari per le operazioni e servizi da Lei richiesti ponendo la sua firma negli appositi spazi sottostanti.

### Importante da firmare

Luogo \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

### L'interessato (nome e cognome leggibili)

\_\_\_\_\_

**FIRMA**

\_\_\_\_\_

**SEZIONE 1 - INFORMAZIONI GENERALI**

**TABELLA A** - Inserire i dati completi di tutti gli Assicurati che hanno subito il danno:

Nome	Cognome	Data di nascita	Codice Fiscale	Occupazione

**TABELLA B** – Indirizzo completo del principale Assicurato al quale inviare la corrispondenza:

<b>Via e n° civico:</b>	<b>CAP:</b>	<b>Città:</b>
<b>Provincia:</b>	<b>Nazionalità:</b>	
<b>Tel. Cellulare:</b>	<b>Tel. Casa:</b>	<b>Tel. Ufficio:</b>
<b>N. Passaporto/C.I.:</b>	<b>E-mail:</b>	

**TABELLA C** – Dettagli del viaggio

<b>Data di prenotazione:</b>	<b>Destinazione:</b>	<b>Agenzia viaggio:</b>
<b>Data di partenza:</b>	<b>Data di rientro:</b>	<b>Tour Operator:</b>
<b>N° Certificato Assicurativo:</b>	<b>Data di emissione della polizza:</b>	<b>Premio assicurativo pagato:</b> €

N.B. La polizza Viaggi Sicuri non rimborsa i premi assicurativi, le tasse aeroportuali e quote di iscrizione.

**A norma dell'articolo 1910 del Codice Civile, specificare se si è in possesso di un'altra polizza assicurativa:**

**SI**

Specificare con quale Compagnia: \_\_\_\_\_

**NO**

**DICHIARAZIONE - E' RICHIESTA LA FIRMA DELL'ASSICURATO O ASSICURATI ELENCATI NELLA TABELLA A**

(se l'Assicurato è minorenne si richiede la firma di un genitore o di chi ne fa le veci)

- Sono/Siamo con la presente a dichiarare che tutte le informazioni, certificati e documenti forniti ed allegati al presente modulo di Richiesta di Indennizzo sono veritieri e corretti per quanto è mia/nostra conoscenza e convinzione.
- Sono/Siamo consapevoli che alcune informazioni rilasciate saranno messe a disposizione di altre Compagnie di assicurazione e dei rispettivi agenti per gestire le sottoscrizioni e le richieste di indennizzo. Con la presente acconsento/acconsentiamo al rilascio di tali informazioni e alla richiesta di informazioni da altre Compagnie di assicurazione e/o alla verifica da parte di tali Compagnie delle risposte fornite in tale modulo di richiesta di indennizzo.
- Qualora la responsabilità della perdita sia imputabile a terzi, tutti i diritti pertinenti alla questione sono surrogati a EIR Försäkring AB e/o ai nomi delle Compagnie di assicurazione indicati nella polizza, al momento della liquidazione.

**TABELLA D – IMPORTANTE: Da compilare e firmare**

Nome e cognome	Data	Firma

**“INOLTRE UNA RICHIESTA DI INDENNIZZO FRAUDOLENTA E' UN REATO PENALE”**

**AUTORIZZAZIONE PER L'ACCESSO A REFERTI MEDICI**

Durante la valutazione della Vostra Richiesta di Indennizzo con le informazioni da Voi fornite, potrebbe accadere che in certe circostanze si renda necessario contattare il Medico di condotta della persona che ha causato l'Annullamento/Interruzione del viaggio per ulteriori informazioni. A tal scopo, Vi preghiamo di compilare il seguente schema.

<b>Medico di condotta:</b>	<b>Studio/Clinica:</b>	
<b>Via e n° civico:</b>	<b>Cap:</b>	
<b>Città:</b>	<b>Provincia:</b>	<b>Nazione:</b>
<b>N° Telefonico:</b>	<b>N° Fax:</b>	

**IMPORTANTE - AUTORIZZAZIONE DA FIRMARE**

Il sottoscritto autorizza EIR a consultare il Medico sopra menzionato nel caso in cui siano necessarie ulteriori informazioni.

Io \*chiedo  / non chiedo  di visionare i referti medici prima che vengano inoltrati a EIR.

(\* Si prega di cancellare a seconda del caso):

Nome \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

**SEZIONE 2 - DETTAGLI ANNULLAMENTO/INTERRUZIONE DEL VIAGGIO**

A) Data di annullamento/interruzione del viaggio:

---

B) Nome della persona che ha causato l'annullamento/interruzione:

---

C) Legame con l'assicurato:

---

D) Motivazione esatta dell'annullamento/interruzione del viaggio:

---

E) In caso di patologia medica, specificare l'esatta diagnosi:

---

F) Data di comunicazione dell'annullamento/interruzione del viaggio:

---

G) In caso di interruzione viaggio: è stata preventivamente contattata la Centrale Operativa?

SI  NO

H) Si prega di indicare il numero di pratica (se in possesso):

---

I) Costo complessivo del Viaggio:

€

---

J) Parte del viaggio pagata fino alla data di cancellazione/interruzione:

€

---

K) Rimborso ricevuto da Hotel, Compagnia Aerea ed altri fornitori di servizi:

€

---

**SEZIONE 3 - TABELLA DEI COSTI PER I QUALI SI RICHIEDE RIMBORSO**

Elencare i costi per i quali si richiede indennizzo	Importo dell'indennizzo richiesto e valuta usata	Ricevute originali allegate	Indicare a chi deve essere inoltrato il pagamento	Spazio riservato a EIR
		SI - NO		
		SI - NO		
		SI - NO		
		SI - NO		
		SI - NO		
		SI - NO		
		SI - NO		
		SI - NO		
		SI - NO		

**SEZIONE 4 - Da compilare in caso di Annullamento/Interruzione del viaggio dovuti a cause mediche o decesso: il presente Certificato deve essere compilato dal MEDICO CURANTE DELLA PERSONA DELLA QUALE L'INFORTUNIO O LA MALATTIA DA' ORIGINE ALLA RICHIESTA DI INDENNIZZO, deve essere compilato in tutte le sue parti e si deve riferire alle condizioni mediche che causano la Richiesta di Indennizzo.**

**LE SPESE PER LA COMPILAZIONE DEL PRESENTE CERTIFICATO SONO A CARICO DELL'ASSICURATO E NON SONO RIMBORSABILI.**

1. Nome per esteso del paziente:	
2. Data di nascita:	
3. Lei è il medico curante del dichiarante?  Se SI, da quanto tempo?  Se NO, qual è il suo coinvolgimento nell'accaduto?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <hr/> <hr/>
4. Specificare esattamente la natura di: Condizioni Mediche/Malattia/Infornio/Causa di morte che ha causato l'Annullamento/Interruzione del viaggio. Se trattasi di infornio, fornire la dinamica.	
5. a) Specificare la data in cui sono iniziati i sintomi in riferimento alla condizione medica che ha causato l'Annullamento/Interruzione del viaggio. b) Data del primo consulto  c) Data di peggioramento, se presente  d) Data di indirizzamento allo specialista	a) _____ b) _____ c) _____ d) _____
6. Il paziente era in lista di attesa per ricovero o trattamento ospedaliero? Se SI specificare:  a) Data di inserimento in lista di attesa:  b) Data di ammissione in Ospedale:	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO a) _____ b) _____
7. Precisare se nei 3 anni antecedenti l'emissione della polizza il paziente abbia sofferto di malattie croniche o ricorrenti per le quali si è resa necessaria una terapia o consulto e che abbia portato alla condizione medica che ha causato l'Annullamento/Interruzione del viaggio.	
8. Specificare se il paziente era, a suo avviso:  a) Idoneo a viaggiare  b) Sotto trattamento medico  Se SI alla domanda b), quale trattamento è stato dato ed era consigliabile che il paziente continuasse a viaggiare?	a) <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO b) <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <hr/> <hr/>
9. Si prega di fornire dettagli sullo stato di salute del paziente al momento dell'emissione della polizza.	
10. In caso di gravidanza, specificare la data dell'ultimo ciclo mestruale, data presunta del parto e motivo per il quale è stato consigliato l'annullamento.	
11. Si prega di comunicare la data in cui Lei ha consigliato la cancellazione.	
12. E' disposto a certificare che se gli Assicurati sono costretti ad annullare la vacanza, questa cancellazione è dovuta unicamente alle condizioni descritte al sopra menzionato punto 4?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

Ulteriori commenti del medico:

**Si prega di convalidare il Certificato con un Timbro**

Firma del medico: \_\_\_\_\_ Nome del medico: \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_