

## MODULO PER RICHIESTA DI INDENNIZZO PER RESPONSABILITA' CIVILE

1. In caso di sinistro per Responsabilità Civile, l'Assicurato deve contattare telefonicamente l'Ufficio Sinistri Travelassistance S.r.l. **entro 3 giorni** dall'evento telefonicamente al **+39 0541 51171** o tramite email a [sinistri@travelassist.it](mailto:sinistri@travelassist.it). La vostra Richiesta di Indennizzo dovrà essere inviata **entro 31 giorni dal rientro in Italia** 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.

- Certificato Assicurativo firmato dal Contraente.
- Ricevute di pagamento del viaggio e programma del viaggio.
- Biglietti di viaggio (aerei, ferroviari, terrestri, ecc.).
- Rapporto di Polizia o Autorità competente.
- Richieste risarcitorie del terzo.
- Atti giudiziari (citazioni, ingiunzioni di pagamento, ecc.) relativi al sinistro.

## 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 S.r.l. 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, addetti anche temporaneamente ai competenti servizi di EIR Försäkring AB e Travelassist S.r.l.

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> €

**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"**

## SEZIONE 2 – DETTAGLI RICHIESTA DI INDENNIZZO PER RESPONSABILITA' CIVILE

Qualora sia stata presentata una richiesta di indennizzo nei vostri confronti per danni a proprietà posseduta da terzi o per lesioni da voi causate ad un'altra persona, siete tenuti a fornire un rendiconto completo dell'evento che ha portato al danno o alla lesione allegando tutti i conti, fatture o lettere rilasciatevi.

**NON ACCETTATE ALCUNA RESPONSABILITA' E SPEDITECI OGNI LETTERA INEVASA.**

Indirizzo del luogo di villeggiatura/Hotel:  _____
Data, ora e luogo dell'incidente:  _____
Vi siete assunti la responsabilità? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Se SI, si prega di spiegare perché: _____ _____
Dettagli completi dell'accaduto: _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____

E' stata inoltrata una Richiesta di Indennizzo ad altre Assicurazioni e/o Autorità in merito a questa perdita?

SI

NO

Se SI, si prega di fornire dettagli: \_\_\_\_\_

### **ASSICURAZIONE RESPONSABILITA' CIVILE DEL CAPO FAMIGLIA**

Se avete un'assicurazione che copre la responsabilità civile del capo famiglia, siete pregati di fornire dettagli completi della vostra Polizza, inclusi il numero del contratto e le condizioni generali: \_\_\_\_\_