



Modulo di denuncia Viaggio

Da spedire via mail al seguente indirizzo: sinistri.travel@axa-assistance.com oppure
inviare a Inter Partner Assistance S.A. - Rappresentanza Generale per l'Italia
Travel – Ufficio Sinistri
Casella postale 20175
Via Eroi di Cefalonia
00128 Spinaceto - Roma

Dati generali dell'Assicurato

Numero Polizza		
Cognome e Nome		Codice fiscale/P.Iva
Nato il	A	Luogo di residenza
Indirizzo, Cap, Prov.		E-mail
Recapito telefonico ufficio	Recapito telefonico abitazione	Cell.

Dati del Conto Corrente

Intestazione		
Banca	IBAN	<input type="text"/>
Filiale (indirizzo)	e-mail	<input type="text"/>

Dati sinistro

Data, ora e luogo del sinistro
Data inizio viaggio
Data fine viaggio
Destinazione finale
Costo totale del viaggio
Importo richiesto
Dinamica del sinistro
<input type="text"/>
<input type="text"/>

Eventuali Partecipanti Assicurati coinvolti nel sinistro

n° 1	
Cognome e Nome	Codice fiscale
n°2	
Cognome e Nome	Codice fiscale
n°3	
Cognome e Nome	Codice fiscale

Coperture Assicurative

Infortuni in viaggio: decesso **Sì** **NO**

Spese mediche in viaggio: Infortunio Malattia

Perdita bagaglio

Annullamento viaggio

Possesso di ulteriori Polizze assicurative che garantiscono l'evento **Sì** **NO**
Se Sì indicare i dati di tali Polizze (numero, nome, indirizzo della Compagnia, importo rimborsato e massimale previsto in polizza)

Io sottoscritto assicuro che le informazioni e i dati da me forniti corrispondono alla verità. Sono consapevole del fatto che omissioni intenzionali o dichiarazioni false, pur se non decisive al fine di stabilire la responsabilità e/o l'ammontare del danno, possono portare alla perdita della copertura assicurativa.

Luogo e data

L'Assicurato/Beneficiario

Numero allegati

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 Presenti 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 _____



Inter Partner Assistance S.A. Member of AXA Assistance Group

Compagnia di Assicurazione e Riassicurazioni

Rappresentanza Generale per l'Italia - Via Carlo Pesenti 121 - 00156 Roma - Tel. 06/42118.1

Sede legale Bruxelles - Avenue Louise 166 - Capitale sociale € 31.702.613 interamente versato - 100% AXA Assistance S.A.

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

