

PKC Associates LTD

Corso D'Augusto, 118

Int. 6, 47921 Rimini

Tel: +39 0541 709895

Fax: + 39 0541 437071

Email: essenzialesinistri@pkctravelinsurance.com

Modulo per Richiesta di Indennizzo “Polizza Essenziale”

1. Nel caso in cui vogliate inviare una Richiesta di Indennizzo per Spese Mediche e/o Assistenza nelle Emergenze Sanitarie, vi preghiamo di stampare le pagine da 1 a 6 di questo Modulo.

Nel caso invece voleste inviare una Richiesta di Indennizzo per Responsabilità Civile, vi preghiamo di stampare le pagine 1, 2, 3, 4 e 7 di questo Modulo.

2. Prima di compilare questo modulo siete pregati di leggere “Documentazione da allegare” qui di seguito riportata in quanto descrive dettagliatamente la documentazione necessaria ad inoltrare la vostra Richiesta di Indennizzo e riduce la probabilità di dovervi richiedere ulteriori informazioni.

3. Prendete nota dell’informativa ai sensi dell’art. 196/03 a **pagina 3, spuntate tutte le caselle** e apponete la vostra firma.

4. Compilate fornendo risposte esaurienti a tutte le domande a pagina 4 e 5 (pagina 5 solo per chi inoltra un sinistro per Spese Mediche e/o Assistenza nelle Emergenze Sanitarie). Infine assicuratevi di firmare il modulo, nella tabella D, a pagina 4. Qualora inoltriate la Richiesta per più persone, ogni Assicurato dovrà apporre la propria firma.

5. Scrivere esclusivamente in STAMPATELLO. Se lo spazio riservato alle risposte è insufficiente, allegare fogli supplementari.

6. Entro 31 giorni dal rientro in Italia inoltrate la Richiesta di Indennizzo con la documentazione richiesta tramite email a **essenzialesinistri@pkctravelinsurance.com**.

7. Dopo aver controllato la documentazione inviata, l’Ufficio Sinistri vi chiederà di inviare tramite **Raccomandata A/R** la modulistica in originale debitamente compilata a **PKC Associates LTD Corso D’Augusto 118, Int. 6, 47921 Rimini** (vi consigliamo di tenere una copia).

Documentazione richiesta per tutti i tipi di sinistri

**IMPORTANTE: SONO NECESSARI DOCUMENTI ORIGINALI.
NON SONO AMMESSE FOTOCOPIE O FAX DI DOCUMENTI.**

N.B. per qualsiasi tipo di richiesta di indennizzo:

1. Certificato assicurativo firmato dal contraente.
2. Ricevute di pagamento del viaggio.
3. I biglietti di viaggio (aerei, ferroviari, ecc.).
4. Programma del viaggio (se si tratta di tour organizzato).

Altri documenti richiesti per le specifiche garanzie

Spese Mediche & Assistenza

1. Originali delle ricevute per spese sostenute.
2. Ricevute di farmaci prescritti dal medico curante in loco insieme alla ricetta medica.
3. Il vostro medico curante in Italia deve compilare il Certificato Medico a pagina 5.

- RICOVERO OSPEDALIERO

1. Originali delle ricevute per spese sostenute.
2. Ulteriori biglietti di viaggio (se acquistati).
3. Fotocopia della tessera sanitaria (Tessera TEAM) solo per viaggi effettuati in Europa.
4. Conferma scritta dall'ospedale attestante la data/ora di ammissione e di dimissioni dall'ospedale
5. Copia originale integrale della cartella clinica.

- RIMPATRIO

1. Originali delle ricevute per spese sostenute.
2. Ulteriori biglietti di viaggio acquistati.
3. Lettera del medico curante all'estero che confermi la necessità medica di rientrare al proprio domicilio prima del previsto.
4. Nel caso in cui sia stato necessario un ricovero ospedaliero oltre al rimpatrio, la documentazione da fornire in merito a tale ricovero è la stessa sopra menzionata alla voce "RICOVERO OSPEDALIERO".

Responsabilità Civile

1. Rapporto di Polizia o Autorità competente.
2. Richieste risarcitorie del terzo.
3. Atti giudiziari (citazioni, ingiunzioni di pagamento, ecc.) relativi al sinistro.

INFORMATIVA resa all'interessato per il trattamento assicurativo dei dati personali generali e sensibili

Ai sensi dell'art. 13 del Dgs. n. 196/03 del 30 giugno 2003 e successive

modificazioni (di seguito denominata "La Legge"), ed in relazione ai dati personali che La riguardano e che formeranno oggetto di trattamento, La informiamo di quanto segue.

1. FINALITA' DEL TRATTAMENTO DEI DATI

Il trattamento

a) è diretto all'espletamento da parte degli assicuratori di Europaische Reiseversicherung AG (di seguito denominati "ERV") delle finalità di conclusione, gestione ed esecuzione e liquidazione dei sinistri attinenti esclusivamente all'esercizio dell'attività assicurativa e riassicurativa, a cui ERV è autorizzata ai sensi delle vigenti disposizioni di legge;

b) può anche essere diretto all'espletamento da parte di ERV delle finalità di informazione e promozione commerciale dei prodotti assicurativi di ERV stessa.

2. MODALITA' DEL TRATTAMENTO

Il trattamento

a) è realizzato per mezzo delle operazioni o complessi di operazioni indicate all'art. 1, comma 2, lett. b) della Legge: raccolta; registrazione e organizzazione; elaborazione, compresi modifica, raffronto/interconnessione; utilizzo, comprese consultazione, comunicazione; conservazione; cancellazione/distruzione; sicurezza/protezione; comprese accessibilità/confidenzialità, integrità, tutela;

b) è effettuato anche con l'ausilio di mezzi elettronici o comunque automatizzati;

c) è svolto dall'organizzazione del titolare e da società di fiducia, il cui elenco è disponibile presso il Responsabile, che sono nostre dirette collaboratrici e che operano in totale autonomia come distinti titolari del trattamento di dati personali, obbligati ad adempiere in proprio alla legge. Si tratta in modo particolare di società che svolgono servizi di assunzione rischi, archiviazione della documentazione relativa ai rapporti intercorsi con la clientela, svolgimento di sopralluoghi, perizie, gestione e liquidazione sinistri.

3. CONFERIMENTO DEI DATI

La raccolta dei dati può essere effettuata presso l'interessato ovvero presso società accreditate presso ERV che svolge per nostro conto compiti di natura assuntiva (agenti, subagenti, broker). Ferma l'autonomia personale dell'interessato il conferimento dei dati personale può essere:

a) obbligatorio in base a legge, regolamento o normativa comunitaria (ad es. per antiriciclaggio, Casellario centrale infortuni, Motorizzazione Civile), limitatamente ai dati personali richiesti in forza di dette leggi, regolamenti o normativa comunitaria;

b) strettamente necessario alla conclusione di nuovi rapporti o alla gestione ed esecuzione dei rapporti giuridici in essere o alla gestione e liquidazione dei sinistri; limitatamente ai dati personali contenuti nella modulistica ERV;

c) facoltativo ai fini dello svolgimento dell'attività di informazione e di promozione commerciale di prodotti assicurativi nei confronti dell'assicurato stesso.

4. RIFIUTO DI CONFERIMENTO DEI DATI

L'eventuale rifiuto da parte dell'interessato di conferire i dati personali:

a) nei casi in cui al punto 3, lett. a) e b), comporta l'impossibilità di concludere od eseguire i relativi contratti di assicurazione o di gestire e liquidare i sinistri;

b) nel caso di cui al punto 3, lett. c), non comporta alcuna conseguenza sui rapporti giuridici in essere ovvero in corso di costituzione, ma preclude la possibilità di svolgere attività di informazione e di promozione commerciale di prodotti assicurativi nei confronti dell'interessato.

5. COMUNICAZIONE DEI DATI

I dati personali possono essere comunicati – per le finalità di cui al punto 1, lett. a) e per essere sottoposti a trattamenti aventi le medesime finalità o obbligatori per legge – agli altri soggetti del settore assicurativo, quali assicuratori, coassicuratori e riassicuratori; agenti, subagenti, produttori di agenzia, mediatori di assicurazione ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione (ad esempio banche e SIM), legali, periti e autofficine; società di servizi a cui siano affidati la gestione la liquidazione ed il pagamento dei sinistri, nonché società di servizi informatici o di archiviazione; ad organismi associativi (ANIA) e consortili propri de settore assicurativo; ISVAP, Ministero delle Attività produttive, CONSAP, UCI, Commissione di vigilanza sui fondi pensione, Ministero del Lavoro e della e delle politiche sociali ed altre banche dati nei confronti delle quali la comunicazione dei dati è obbligatoria (ad esempio Ufficio Italiano Cambi, Casellario centrale infortuni, Motorizzazione civile e dei trasporti in

concessione); altri enti pubblici. Tali soggetti operano in totale autonomia come distinti titolari del trattamento di dati personali, e sono obbligati ad adempiere in proprio alla legge; l'elenco dei destinatari delle comunicazioni dei dati personali è disponibile presso l'ufficio del Rappresentante Generale, e può essere gratuitamente messo a conoscenza dell'interessato, mediante richiesta scritta al Responsabile ai sensi dell'art. 13 della Legge.

6. DIFFUSIONE DEI DATI

I dati personali non sono soggetti a diffusione.

7. TRASFERIMENTO DEI DATI ALL'ESTERO

I dati personali e sensibili possono essere trasferiti verso Paesi dell'Unione Europea e verso Paesi Terzi rispetto all'Unione Europea.

8. DIRITTI DELL'INTERESSATO

L'art. 13 della Legge conferisce all'interessato l'esercizio di specifici diritti, tra cui quelli di ottenere dal titolare la conferma dell'esistenza o meno di propri dati personali e la loro messa a disposizione in forma intelligibile; di avere conoscenza dell'origine dei dati, nonché della logica e delle finalità su cui si basa il trattamento; di ottenere la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge, nonché l'aggiornamento, la rettificazione o, se vi è interesse, l'integrazione dei dati; di opporsi, per motivi legittimi, al trattamento stesso. L'esercizio del diritto dell'interessato ai sensi dell'art. 13 della Legge può essere espletato nelle modalità di cui al punto 5.

9. TITOLARE E RESPONSABILE DEL TRATTAMENTO

Titolare del trattamento è Europaische Reiseversicherung AG, Rosenheimer Str.116, 81669 Munich, Germania.

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI COMUNI E SENSIBILI

Preso atto dell'informativa di cui sopra, ed ai sensi degli artt. 11, 20, 22 e 28 della Legge, Le chiediamo quindi di esprimere il consenso per i trattamenti di dati strettamente necessari per le operazioni e servizi da Lei richiesti e più precisamente per (**barrare le caselle per esprimere il consenso**):

il trattamento dei dati personali per le finalità di cui al punto 1 dell'informativa e nelle modalità di cui ai punti 1, lett. c) e 2;

la comunicazione dei dati personali alle categorie di soggetti e nelle modalità indicate al punto 5 della predetta informativa, che li possono sottoporre a trattamenti aventi le finalità di cui al punto 1, lett. a) della medesima informativa o obbligatori per legge;

il trattamento dei dati "sensibili" per le finalità di cui a punto 1, lett. a) dell'informativa e nelle modalità di cui ai punti 1, lett. c) e 2. La informiamo che i dati sensibili oggetto del trattamento sono dati personal idonei a rivelare lo stato di salute;

la comunicazione dei dati sensibili alle categorie di soggetti e nelle modalità indicate al punto 5 della predetta informativa, che li possono sottoporre a trattamenti aventi le finalità di cui al punto 1, lett. a) della medesima informativa o obbligatori per legge;

il trasferimento dei dati personali e sensibili all'estero come indicato al punto 7 della predetta informativa (Paesi UE e Paesi extra UE);

Ai sensi dell'art. 13 della Legge n° 196/03 Lei ha il diritto di conoscere in ogni momento quali sono i Suoi dati e come essi vengono utilizzati. Ha, altresì il diritto di farli aggiornare, integrare, rettificare o cancellare, chiederne il blocco ed opporsi al loro trattamento.

Importante da firmare

Luogo _____

Data _____

L'interessato

Nome e Cognome _____
(leggibili)

Firma _____

SEZIONE 1 - Informazioni Generali (vedere note a pagina 1)

TABELLA A - Da compilare IN STAMPATELLO in ogni parte da ogni Assicurato/i che ha/hanno subito il danno:

Nome	Cognome	Data di nascita	Occupazione

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

Via e N° Civico:	CAP:	Città:
Provincia:	Nazionalità:	
N° Tel. Ufficio:	N° Tel Casa:	Cellulare:
N° Passaporto/C.I.:	E-mail:	

TABELLA C - Dettagli del viaggio

Data di prenotazione:	Destinazione:	Agenzia Viaggio:
Data di partenza:	Data di rientro:	Tour Operator:
N° Certificato Assicurativo:	Data di emissione della polizza:	Premio assicurativo pagato: €

A norma dell'articolo 1910 del codice civile specificare se si è in possesso di un'altra polizza assicurativa:

<input type="checkbox"/> SI	Specificare con quale Compagnia: _____	<input type="checkbox"/> 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 d'indennizzo.

- Qualora la responsabilità della perdita sia imputabile a terzi, tutti i diritti pertinenti alla questione sono surrogati a ERV e/o ai nomi delle Compagnie di assicurazione indicati nella polizza, al momento della liquidazione.

TABELLA D – da compilare e firmare

Nome e Cognome	Data	Firma

“Inoltrare una Richiesta di Indennizzo fraudolenta è un reato penale”

SEZIONE 2 – Richiesta di Indennizzo per spese mediche all'estero ed assistenza nelle emergenze sanitarie (vedere note a pagina 2)

AUTORIZZAZIONE PER L'ACCESSO A REFERTI MEDICI – SCRIVERE IN STAMPATELLO

Durante la nostra valutazione della Vostra Richiesta di Indennizzo con le informazioni da Voi fornite, potrebbe accadere che in certe circostanze si renda necessario contattare il Vostro Medico di condotta per ulteriori informazioni. A tal scopo, al fine di evitare ritardi, Vi preghiamo di compilare il seguente schema. N.B. Se scegliete di non compilare lo schema l'espletazione della Vostra Richiesta di Indennizzo potrà subire ritardi.

Medico di condotta:	Studio/Clinica:	
Via e n° Civico:	Città e CAP:	
Telefono:	Fax:	
Il sottoscritto autorizza ERV a consultare il Medico sopra menzionato nel caso in cui siano necessarie ulteriori informazioni.		
Io* chiedo <input type="checkbox"/> /non chiedo <input type="checkbox"/> di visionare i referti medici prima che vengano inoltrati a ERV. (*cancellare a seconda del caso).		
Nome _____	Firma _____	Data _____

TABELLA E – Dettagli condizione medica

Data e circostanze dell'Infortunio/Malattia:	
Si prega di indicare l'esatta patologia medica:	
L'Assicurato soffriva in precedenza per la stessa Malattia/Infortunio?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Si prega di indicare il trattamento ricevuto:	
a) Solo visita ambulatoriale <input type="checkbox"/> b) Ricovero <input type="checkbox"/> c) Entrambi <input type="checkbox"/> d) Solo acquisto medicinali <input type="checkbox"/>	
La tessera sanitaria (TEAM) è stata presentata al Medico dell'Ospedale per viaggi in Europa:	Se SI comunicare a chi: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Data nella quale avete contattato il nostro Servizio di Emergenza Medica attivo 24 ore su 24:	Fornire n° di riferimento:

TABELLA F – Tabella dei costi sostenuti

Elencare i costi per i quali si richiede l'indennizzo e le cure ricevute	Data inizio cure	Valuta usata ed importo di indennizzo richiesto	Ricevute originali allegate	Indicare a chi deve essere inoltrato il pagamento	Spazio riservato a ERV
			SI - NO		
			SI - NO		
			SI - NO		
			SI - NO		
			SI - NO		
			SI - NO		

NOTA IMPORTANTE: Si prega di rispondere alla seguente domanda, se la risposta è nessuna, si prega di comunicarlo.

TABELLA G – Dettagli altre assicurazioni

Si prega di indicare Nome, Indirizzo e N° di polizza di altre assicurazioni che offrono copertura per spese mediche, assistenza o rimpatrio:	L'infortunio è stato causato da terzi?
--	--

Richiesta di indennizzo per ricovero ospedaliero

(La tabella sottostante si compila soltanto nel caso di un ricovero in un ospedale/clinica fuori dall'Italia)

La cartella clinica deve indicare dettagliatamente i motivi dell'accettazione e la data di dimissione per far sì che la richiesta di indennizzo per Ricovero Ospedaliero venga da noi accettata.

TABELLA H – Dettagli ospedale/clinica all'estero

Nome dell'ospedale/clinica:	Data/giorno di accettazione:
Indirizzo e N° telefonico dell'ospedale/clinica:	Data/giorno di dimissione:

Richiesta di indennizzo per rientro sanitario

Si prega di elencare le spese nella TABELLA DEI COSTI SOSTENUTI (Tabella F) sopra riportata.

TABELLA I

Data di Rientro Sanitario:	Esatta ragione per la quale si è reso necessario il Rientro Sanitario:
Il Rientro Sanitario è stato autorizzato dalla Centrale Operativa? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Data nella quale è stata chiamata la Centrale Operativa:	Fornire il n° di riferimento:
Avete ricevuto un rimborso dalla Compagnia di trasporto/Agenzia di Viaggi/Hotel?	Se SI quanto: €

Il presente modulo 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'ASSICURATOE NON SONO RIMBORSABILI.

1. Nome 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?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> _____ _____
4. Specificare esattamente la natura di: Condizioni Mediche/ Malattia/ Infortunio/Causa di Morte che ha causato il sinistro. Se trattasi di Infortunio, fornire la dinamica:	
5. a) Specificare esattamente la data in cui sono iniziati i Sintomi in riferimento alla condizione medica che ha causato il sinistro. 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 d'attesa per ricovero o trattamento ospedaliero? Se SI specificare: a) Data di inserimento in lista d'attesa b) Data di ammissione in ospedale	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> a) _____ b) _____
7. Si prega di precisare se il paziente ha sofferto di malattie croniche o ricorrenti per le quali si è resa necessaria una terapia o un consulto e che hanno portato alla condizione medica che ha causato il sinistro:	
8. Si prega di precisare se il paziente nei 3 anni antecedenti l'emissione della polizza sia stato ricoverato in Ospedale o Casa di Cura.	
9. Si prega di 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?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> _____ _____
10. Si prega di fornire i dettagli sullo stato di salute del paziente al momento dell'emissione della polizza	
11. In caso di gravidanza specificare la data dell'ultimo ciclo mestruale e data presunta del parto.	
Ulteriori commenti del medico:	Si prega di convalidare il Certificato con un Timbro
Firma del Medico _____ Nome del Medico _____ Data _____	

