

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 del Regolamento (UE) 2016/679 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 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.

PKC Associates Ltd (d’ora in poi PKC) 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 Europäische Reiseversicherung AG (d’ora in poi ERV), quale Titolare del trattamento (e con sede legale in Via Giorgio Washington 70, 20146 Milano).

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 PKC ed ERV 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 ERV;
- 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 ERV e PKC.

La mancata prestazione del consenso ai punti elencati nel presente paragrafo, comporterà l’impossibilità per PKC ed ERV di fornire i servizi da Lei richiesti.

5. Trasferimenti all’estero di dati personali

In alcuni casi ERV e PKC 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@pkctravelinsurance.com.

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 (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	Codice Fiscale	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 SÌ 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 _____	

