

MESA Assistenza S.A.

Per Europäische Reiseversicherung AG

Via G. Washington, 70

20146 Milano

Tel: 02 30 30 00 05

Fax: 02 00 62 02 48

E-mail:viaggisicuri@europea-assicurazioni.it

MODULO PER RICHIESTE DI INDENNIZZO
VIAGGI SICURI**Annullamento Viaggio**
Interruzione Soggiorno**GUIDA PER LA COMPILAZIONE DEL MODULO**

1. 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.
2. Prendete nota dell'informativa ai sensi dell'art. 196/03 a pagina 2 e apponete la vostra firma.
3. Compilate fornendo risposte esaurienti a tutte le domande a pagina 3 e 4 ed infine assicuratevi di firmare il modulo, nella tabella D, a pagina 3. Qualora inoltrate la Richiesta per più persone, ogni Assicurato dovrà apporre la propria firma.
4. Scrivere esclusivamente in STAMPATELLO.
5. Se lo spazio riservato alle risposte è insufficiente, allegare fogli supplementari.
6. Inoltrate la Richiesta di Indennizzo debitamente compilata a Mesa Assistenza (per conto di Europäische Reiseversicherung AG), Via G. Washington 70, 20146 Milano, tramite raccomandata con ricevuta di ritorno (vi consigliamo di tenere una copia).

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 nei confronti dell'agenzia viaggi a saldo della vacanza prenotata.

Ad esempio:

- ¾ Pagamento effettuato tramite assegno, bancomat, bonifico bancario o contanti: copia dell'effettivo pagamento o dell'estratto conto bancario.
 - ¾ Pagamento effettuato tramite carta di credito: copia dell'effettivo pagamento o dell'estratto conto della carta di credito.
4. I 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. Condizioni Generali del Tour Operator evidenziando le penali di recesso.
 6. Motivo comprovato dell'Annullamento, quali:
 - a) In caso di malattia - Certificato Medico da compilare a pagina 4.
 - b) In caso di ricovero - Copia della cartella clinica. Siete pregati di compilare comunque il certificato medico a pagina 4.
 - c) In caso di decesso - Certificato di Morte. Documento medico che espone la patologia che ha causato il decesso.
 - d) Se l'annullamento è stato causato dalla malattia o 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.

INTERRUZIONE SOGGIORNO

1. Certificato Assicurativo firmato.
2. Ricevuta di pagamento dell'organizzazione viaggi o agenzia relativa al viaggio.
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 Soggiorno (fare riferimento al punto n. 6 riportato sopra).

INFORMATIVA resa all'interessato per il trattamento assicurativo dei dati personali-generalis 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

- è diretto all'espletamento da parte degli assicuratori di Europäische Reiseversicherung AG (di seguito denominati "Europäische") delle finalità di conclusione, gestione ed esecuzione e liquidazione dei sinistri attinenti esclusivamente all'esercizio dell'attività assicurativa e riassicurativa, a cui Europäische è autorizzata ai sensi delle vigenti disposizioni di legge;
- può anche essere diretto all'espletamento da parte di Europäische delle finalità di informazione e promozione commerciale dei prodotti assicurativi di Europäische stessa.

2. MODALITA' DEL TRATTAMENTO

Il trattamento

- 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;
- è effettuato anche con l'ausilio di mezzi elettronici o comunque automatizzati;
- 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 propria 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 Europäische 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:

- 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;
- 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 Europäische;
- 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:

- 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;
- 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 consorzi propri del 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 a 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 Europäische Reiseversicherung AG, Rosenheimer Strasse 116- 81669 München, 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. 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 personali 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

INFORMAZIONI GENERALI (Veda note a pagina 1)

COMPILARE IN STAMPATELLO

Da compilare in ogni parte da ogni Assicurato/i che ha/hanno subito il danno:

TABELLA A

Nome	Cognome	Data di nascita	Occupazione

Indirizzo completo del principale Assicurato al quale inviare la corrispondenza:

TABELLA B

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

Informazioni riguardanti il Viaggio:

TABELLA C

N.B. La Polizza Viaggi Sicuri non rimborsa i premi assicurativi, le tasse aeroportuali, la quota di iscrizione.

Data di prenotazione del viaggio:	Destinazione:	Agenzia Viaggi:
Data di Partenza:	Data di Rientro:	Tour Operator:
Data di cancellazione/interruzione del viaggio:	Parte del viaggio pagata all'agente di viaggio fino alla data di cancellazione /interruzione: €	Data di comunicazione dell' Annullamento/Interruzione:
Rimborso ricevuto dall' agente di viaggio: €	Ammontare dell'indennizzo richiesto: €	Costo complessivo del viaggio: €
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:		
a) Si (Specificare con quale Compagnia) <input type="checkbox"/> _____ b) No <input type="checkbox"/>		

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

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 MESA Asistencia S.A., e/o ai nomi delle Compagnie di assicurazione indicati nella polizza, al momento della liquidazione.

**IMPORTANTE - NON DIMENTICARE DI COMPILARE E FIRMARE - IMPORTANTE**

Nome	Cognome	Data	Firma

"INOLTRE UNA RICHIESTA DI INDENNIZZO FRAUDOLENTA E' UN REATO PENALE"**AUTORIZZAZIONE PER L'ACCESSO A REFERTI MEDICI**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		
CAP	Città	Nazione
N° Telefonico	N° Fax	

IMPORTANTE - AUTORIZZAZIONE DA FIRMARE - IMPORTANTE

Il sottoscritto autorizza MESA Asistencia S.A. 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 MESA Asistencia S.A.

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

Nome _____ Firma _____ Data _____

Richiesta di Indennizzo per Annullamento Viaggio , Penale di Annullamento.

(Veda note a pagina 1)

SCRIVERE IN STAMPATELLO

N.B. La Polizza Viaggi Sicuri non rimborsa i premi assicurativi, le tasse aeroportuali, la quota di iscrizione.

Nome della persona che ha causato l'annullamento/interruzione:	Legame con l'assicurato:
_____	_____

Si prega di fornire la motivazione esatta che ha causato l'annullamento/interruzione:

In caso di Annullamento o Interruzione Soggiorno dovuti a cause mediche o decesso: il presente certificato DEVE ESSERE COMPILATO DAL MEDICO CURANTE DELLA PERSONA DELLA QUALE L'INCIDENTE 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?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> _____
4. Specificare esattamente la natura di: Condizioni Mediche/Malattia/Infortunio/causa di morte che ha causato l'Annullamento. Se trattasi di infortunio fornire dinamica.	_____
5. a) Specificare esattamente la data in cui sono iniziati i sintomi in riferimento alla condizione medica che ha causato l'Annullamento/Interruzione Soggiorno. 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	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> a) _____ b) _____
7. Si prega di 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 un consulto e che abbia portato alla condizione medica che ha causato l'Annullamento/Interruzione Soggiorno.	_____
8. 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?	a) Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> b) Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> _____
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 ed il motivo per il quale è stato consigliato l'Annullamento .	_____
11. Si prega di comunicare la data in cui era evidente che la vacanza doveva essere cancellata.	_____
12. Si prega di comunicare la data in cui lei ha consigliato la cancellazione	_____
13. 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?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

Ulteriori commenti del Medico _____	Si prega di convalidare il certificato con un Timbro _____
-------------------------------------	--

Firma del Medico _____	Nome del Medico _____	Data _____
------------------------	-----------------------	------------