

PKC Associates LTD

Corso D'Augusto, 118

Int. 6, 47921 Rimini

Tel: +39 0541 51171

Fax: + 39 0541 709258

Email: sinistri@pkctravelinsurance.com

MODULO PER RICHIESTE DI INDENNIZZO
VIAGGI SICURI

Responsabilità Civile

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 inoltriate la Richiesta per più persone, ogni Assicurato dovrà apporre la propria firma.
4. Scrivere esclusivamente in STAMPATELLO. Se lo spazio riservato alle risposte è insufficiente, allegare fogli supplementari.
5. Entro **31 giorni** dal rientro in Italia inoltrate la Richiesta di Indennizzo con la documentazione richiesta tramite email a sinistri@pkctravelinsurance.com.
6. 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 DA ALLEGARE:

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

1. Originale del Certificato Assicurativo.
2. Ricevuta di pagamento del viaggio.
3. I biglietti di viaggio (Aerei, Ferroviari, Terrestri, ecc.).
4. Programma del viaggio.
5. Rapporto di Polizia o Autorità competente
6. Richieste risarcitorie del terzo
7. Atti giudiziari (citazioni, ingiunzioni di pagamento, ecc.) relativi al sinistro

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 Goudse Schadeverzekeringen N.V (di seguito denominati "Goudse") delle finalità di conclusione, gestione ed esecuzione e liquidazione de sinistri attinenti esclusivamente all'esercizio dell'attività assicurativa e riassicurativa, a cui Goudse è autorizzata ai sensi delle vigenti disposizioni di legge;
- può anche essere diretto all'espletamento da parte di Goudse delle finalità di informazione e promozione commerciale dei prodotti assicurativi di Goudse 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 titolar 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 Goudse 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 Goudse;
- 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 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 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 Goudse Schadeverzekeringen N.V, Postbus 9, 2800 MA, Gouda, Paesi Bassi.

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 su 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 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

INFORMAZIONI GENERALI

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

Data di prenotazione del viaggio:	Destinazione:	Agenzia Viaggi:
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:

a) Si (Specificare con quale Compagnia) _____ b) No

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 a 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 Goudse e/o ai nomi delle Compagnie di assicurazione indicati nella polizza, al momento della liquidazione.

TABELLA D



IMPORTANTE - NON DIMENTICARE DI COMPILARE E FIRMARE - IMPORTANTE

Nome	Cognome	Data	Firma

"INOLTRE UNA RICHIESTA DI INDENNIZZO FRAUDOLENTA E' UN REATO PENALE"

