

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 RICHIESTA DI INDENNIZZO VIAGGICURI

Spese Mediche – Rimpatrio
Infortunati Personali

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. Certificato Assicurativo firmato dal Contraente.
2. Ricevute di pagamento del viaggio.
3. I biglietti di viaggio (Aerei, Ferroviari, Terrestri, ecc.).
4. Programma del viaggio.

ULTERIORE DOCUMENTAZIONE DA ALLEGARE IN CASO DI:

SPESE MEDICHE

1. Originali delle ricevute per spese sostenute.
2. Ricevute di farmaci prescritti dal medico curante in loco insieme alla ricetta medica.

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. Il vostro medico curante in Italia deve compilare il Certificato Medico a pagina 5.
5. Conferma scritta dall'ospedale attestante la data/ora di ammissione e di dimissioni dall'ospedale
6. 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 del luogo di villeggiatura che confermi la necessità medica di rientrare al proprio domicilio prima del previsto.
4. Il Certificato Medico a pagina 5 deve essere compilato anche nel caso di Richieste di Indennizzo per Rimpatrio dovuto a morte o malattia di un parente prossimo.
5. 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".

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

- a) 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;
- b) 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

- 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 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:

- 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 Goudse;
- 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 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 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,

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 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) 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° 196/2003 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 e le quote di iscrizione.

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 (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 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"**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 Vostre 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 Goudse 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 Goudse

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

Nome _____ Firma _____ Data _____

Richiesta di Indennizzo per Spese Mediche, Rimpatrio, Infortuni Personali. SCRIVERE IN STAMPATELLO

Data e circostanze dell'Infortunio / Malattia:	
Si prega di indicare l'esatta patologia medica:	
L'Assicurato soffriva in precedenza per la stessa Malattia / Infortunio?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Si prega di indicare il trattamento ricevuto e l'indirizzo dell'Ospedale in caso di ricovero: 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 o all'Ospedale per viaggi in Europa? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Se Si comunicare a chi
Data nella quale avete contattato il nostro Servizio di Emergenza Medica attivo 24 ore su 24:	Fornire il N° di riferimento:

TABELLA DEI COSTI SOSTENUTI

Si prega di elencare tutti i costi per i quali si richiede l'indennizzo.

Elencare i costi per i quali si richiede l'indennizzo ed 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 Goudse
			SI / NO		
			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.

Si prega di indicare Nome, Indirizzo e N° di polizza di altre assicurazioni mediche private.	Si prega di indicare Nome, Indirizzo e dettagli della polizza di persone che hanno causato l'infortunio per la quale state inoltrando Richiesta di Indennizzo.
--	--

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 dimissione per far sì che la richiesta di indennizzo per Ricovero Ospedaliero venga da noi accettata.

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

Richiesta di Indennizzo per Rientro Anticipato.

Si prega di elencare le spese nella TABELLA DEI COSTI SOSTENUTI sopra riportata.

Data di rientro anticipato:	Esatta ragione per la quale si è reso necessario il rientro anticipato:
La Riduzione della vacanza è stata autorizzata dal Servizio d'Emergenza?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Data nella quale è stato contattato il Servizio d'Emergenza:	Fornire N° di riferimento:
Avete ricevuto un rimborso dalla Compagnia di trasporto/Agenzia di Viaggi? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Se SI quanto: Euro

Il presente modulo 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'ASSICURATOE NON SONO RIMBORSABILI.

1. Nome per esteso del paziente:	
2. Data di nascita:	
3. Lei è il medico curante del dichiarante ? Se sì da quanto tempo? Se no qual è il suo coinvolgimento nell'accaduto?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> _____ _____
5. Specificare esattamente la natura di: Condizioni Mediche/Malattia/Infortunio/causa di morte che ha causato il sinistro. 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 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 di attesa per ricovero o trattamento ospedaliero? Se sì 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 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 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 sì 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"/> _____ _____ _____
10. Si prega di fornire 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, data presunta del parto.	_____ _____ _____

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

Firma del Medico _____ Nome del Medico _____ Data _____