

MODULO PER RICHIESTA DI INDENNIZZO PER SPESE MEDICHE - RIMPATRIO – INFORTUNI PERSONALI

1. In caso di sinistro per Spese Mediche, Rimpatrio o Infortuni Personali durante il viaggio, la vostra Richiesta di Indennizzo dovrà essere inviata **entro 31 giorni dal rientro in Italia** tramite email a sinistri@pkctravelinsurance.com.
2. Dopo aver controllato la documentazione inviata, l'Ufficio Sinistri vi chiederà di inviare tramite **Raccomandata A/R** la documentazione in originale debitamente compilata a **PKC Associates LTD**, Corso d'Augusto 118, Int. 6,47921 Rimini (vi consigliamo di conservare una copia dei documenti).
3. Vi preghiamo di scrivere esclusivamente in **STAMPATELLO** e di rispondere in modo esauriente a tutte le domande presenti nel Modulo. Se lo spazio riservato alle risposte è insufficiente, allegare fogli supplementari. Prendete nota dell'informativa ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679 a pagina 2 del Modulo, **spuntate tutte le caselle** ed apponete la vostra firma.

DOCUMENTAZIONE DA ALLEGARE

IMPORTANTE: sono necessari **DOCUMENTI ORIGINALI**. Non sono ammesse fotocopie o fax di documenti.

- Certificato Assicurativo firmato dal Contraente.
- Ricevute di pagamento del viaggio e programma del viaggio.
- Biglietti di viaggio (aerei, ferroviari, terrestri, ecc.).
- Originali delle ricevute per spese sostenute.

ULTERIORE DOCUMENTAZIONE DA ALLEGARE IN CASO DI: SPESE MEDICHE

1. Ricevute d'acquisto di farmaci prescritti dal medico curante in loco e relativa ricetta medica.
2. Il vostro medico curante in Italia deve compilare il Certificato Medico a pagina 5 del Modulo.

RICOVERO OSPEDALIERO

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

RIMPATRIO

1. Ulteriori biglietti di viaggio acquistati.
2. Lettera del medico curante del luogo di villeggiatura che confermi la necessità medica di rientrare al proprio domicilio prima del previsto.
3. Certificato Medico presente a pagina 5 del Modulo (da compilare anche nel caso di Richieste di Indennizzo per Rimpatrio dovuto a morte o malattia grave di un parente prossimo).
4. Nel caso in cui sia stato necessario un ricovero ospedaliero oltre al rimpatrio, è necessario fornire anche la documentazione sopra menzionata alla voce "Ricovero Ospedaliero".

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

TABELLA A - Inserire i dati completi di tutti gli Assicurati che 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:	
Tel. Cellulare:	Tel. Casa:	Tel. Ufficio:
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:

SI

Specificare con quale Compagnia: _____

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

TABELLA D - IMPORTANTE: Da compilare e firmare

Nome e cognome	Data	Firma

"INOLTARE 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, Vi preghiamo di compilare il seguente schema.

Medico di condotta:	Studio/Clinica:
Via e n° civico:	Cap:
Città:	Provincia: Nazione:
N° Telefonico:	N° Fax:

IMPORTANTE - AUTORIZZAZIONE DA FIRMARE

Il sottoscritto autorizza ERV 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 ERV.

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

Nome _____ Firma _____ Data _____

SEZIONE 2 - DETTAGLI CONDIZIONE MEDICA

Data e circostanze dell'infortunio/malattia:	
Si prega di specificare l'esatta patologia medica:	
L'Assicurato ha sofferto in precedenza per lo stesso Infortunio/Malattia?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Si prega di indicare il trattamento ricevuto:	
<input type="checkbox"/> A) Solo visita ambulatoriale	<input type="checkbox"/> B) Ricovero
<input type="checkbox"/> C) Entrambi	<input type="checkbox"/> D) Acquisto medicinali
Data nella quale avete contattato il nostro Servizio di Emergenza Medica attivo 24 ore su 24:	Si prega di indicare il numero di pratica (se in possesso):
Per spese mediche in Europa: avete presentato la tessera sanitaria (TEAM) al Medico dell'Ospedale?	
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	(se SI, specificare nome della clinica/medico) _____

SEZIONE 3 - TABELLA DEI COSTI SOSTENUTI

Elencare i costi per i quali si richiede indennizzo e le cure ricevute	Data inizio cure	Importo di indennizzo richiesto e valuta usata	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		

SEZIONE 4 - DETTAGLI ALTRE ASSICURAZIONI

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 che offrono copertura per spese mediche, assistenza o rimpatrio:	L'Infortunio è stato causato da terzi?
--	--

SEZIONE 5 - RICHIESTA DI INDENNIZZO PER RICOVERO OSPEDALIERO ALL'ESTERO

La cartella clinica deve indicare dettagliatamente i motivi dell'accettazione e la data di ricovero/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:

SEZIONE 6 - RICHIESTA DI INDENNIZZO PER RIENTRO SANITARIO

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

Data del 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:	Numero di pratica fornito:
Avete ricevuto un rimborso dalla Compagnia di trasporto/Agenzia di Viaggi/Hotel? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Se SI, specificare l'ammontare del rimborso: € _____

SEZIONE 7 - CERTIFICATO MEDICO

Il presente Certificato 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'ASSICURATO E NON SONO RIMBORSABILI.

1. Nome per esteso del paziente:

2. Data di nascita:

3. Lei è il medico curante del dichiarante?

SI

NO

Se SI, da quanto tempo?

Se NO, qual è il suo coinvolgimento nell'accaduto?

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 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 SI specificare:

a) Data di inserimento in lista di attesa:

b) Data di ammissione in Ospedale:

SI

NO

a) _____

b) _____

7. 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. Precisare se il paziente nei 3 anni antecedenti l'emissione della polizza sia stato ricoverato in Ospedale o casa di cura. Se SI, fornire dettagli.

SI

NO

9. 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

NO

b)

SI

NO

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 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 _____