



## **Modulo di Denuncia Rimborso spese di Soccorso Sciistico**

Gent. le Cliente,

Al fine di poter valutare il suo sinistro la preghiamo di completare in maniera dettagliata il modulo di denuncia che segue e spedirlo tramite posta ordinaria all'indirizzo:

**Inter Partner Assistance S.A. - Rappresentanza Generale per l'Italia**  
**Travel – Ufficio Sinistri**  
**Casella postale 20175**  
**Via Eroi di Cefalonia**  
**00128 Spinaceto - Roma**

**I seguenti documenti dovranno essere legati alla denuncia:**

- ✓ Documentazione medica relativa all'infortunio occorso sulle piste da sci
- ✓ Originali di notule, distinte e ricevute di pagamento debitamente quietanzate



### Modalità di compilazione

**Il presente modulo deve essere compilato elettronicamente, salvato sul proprio PC ed inviato all'indirizzo email riportato sopra. Solo nel caso in cui ciò non sia possibile, seguire le indicazioni alternative di seguito riportate per la compilazione manuale.**

- ✓ La preghiamo di scrivere i numeri e le parole nel modo più chiaro possibile, **in stampatello maiuscolo** e mettendo **un solo carattere** in ciascuna casella;
- ✓ I caratteri devono essere **scritti con tratto ben separato** gli uni dagli altri;
- ✓ La preghiamo **di evitare di scrivere fuori dalle caselle** destinate alla compilazione;
- ✓ Nel caso in cui avesse sbagliato a rispondere **annerisca la casella relativa**;
- ✓ In caso di scelta fra più opzioni è sufficiente **segnare con una crocetta** la casella che corrisponde al suo caso.





**Scuola di sci**

Ragione sociale

Recapito telefonico  /

Indirizzo postale

**B. Dati delle lezioni di sci**

**Dettagli scuola sci**

Data della prenotazione  /  /

Località sciistica

Giorno e orario lezioni

Data  /  /

Giorno e orario lezioni

Data  /  /

**Partecipanti assicurati coinvolti nel sinistro**

Nome

Cognome

Codice Fiscale

Data di nascita  /  /

Comune di nascita

Nome

Cognome

Codice Fiscale

Data di nascita  /  /

Comune di nascita

Nome

Cognome

Codice Fiscale



MODELLO DT1

Data di nascita   /   /

Comune di nascita

Nome

Cognome

Codice Fiscale

Data di nascita   /   /

Comune di nascita

Nome

Cognome

Codice Fiscale

Data di nascita   /   /

Comune di nascita

**Dettagli rimborso**

Rimborso richiesto €       ,

**Altre assicurazioni (se presenti)**

Nome della Compagnia

Numero della polizza

Importo rimborsato €       ,

Massimale previsto €       ,







## E. Consenso al trattamento dei dati personali - Tutela della privacy

### Informativa ai sensi del regolamento UE 2016/679 (GDPR)

Ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento UE 2016/679, la informiamo che i dati personali, comuni e sensibili, da lei forniti saranno trattati anche con l'ausilio di strumenti elettronici direttamente da Inter Partner Assistance S.A. - Rappresentanza Generale per l'Italia, unicamente per le finalità strettamente legate alla gestione del sinistro e all'erogazione del servizio.

Con riferimento alle finalità sopra descritte, i suoi dati potrebbero essere trasmessi a società/personale di nostra fiducia che svolgono, per nostro conto, compiti di natura tecnica, organizzativa, amministrativa e fiscale e comunque sempre all'interno dell'Unione Europea, ad esempio per attività attinenti l'esercizio sia dell'attività assicurativa e riassicurativa sia delle relative attività connesse e strumentali, cui Inter Partner Assistance S.A. - Rappresentanza Generale per l'Italia è autorizzata ai sensi delle vigenti disposizioni di legge; finalità di redistribuzione del rischio mediante coassicurazione o riassicurazione, nonché di prevenzione, individuazione e/o perseguimento di frodi anche di natura assicurativa e relative azioni legali; finalità derivanti da obblighi di legge, da regolamenti, dalla normativa comunitaria, da disposizioni impartite da Autorità a ciò legittimate dalla legge o da organi di vigilanza e controllo.

Il titolare del trattamento dei dati è Inter Partner Assistance S.A. - Rappresentanza Generale per l'Italia, con sede in Via Carlo Pesenti n° 121 - 00156 Roma (RM). I dati saranno trattati nel rispetto delle garanzie di riservatezza e delle misure di sicurezza previste dalla normativa vigente.

I suoi dati saranno conservati a cura del titolare e unicamente per le finalità sopra descritte e per il tempo strettamente necessario, fatto salvo gli obblighi amministrativi, fiscali e legali, trascorso il quale verranno anonimizzati in modo irreversibile o cancellati.

Per le finalità sopra descritte il trattamento dei suoi dati è da considerarsi lecito in quanto necessario per prestare la garanzia ed erogare i servizi previsti dal contratto. Non è presente alcun processo decisionale automatizzato.

Le ricordiamo che ai sensi degli articoli da 15 a 22 del GDPR le sono riconosciuti dei diritti (accesso, rettifica, cancellazione, limitazione, portabilità, opposizione) che potrà esercitare in ogni momento scrivendo per posta o per email: [privacy@axa-assistance.com](mailto:privacy@axa-assistance.com) al titolare o al responsabile della protezione dei dati (DPO) designato da quest'ultimo. Da ultimo, ha diritto di proporre reclamo all'Autorità Garante per la Protezione dei Dati Personali ai sensi dell'art. 77 della medesima normativa.

Autorizzo al trattamento dei miei dati personali

Data

		/			/				
--	--	---	--	--	---	--	--	--	--

Firma \_\_\_\_\_