



**DATI ANAGRAFICI DEGLI ASSICURATI COLPITI DAL SINISTRO**

Cognome	Nome	Codice fiscale
1		

**Domicilio presso cui la Società Assicurativa potrà inviare il medico per la verifica della patologia medica denunciata**

Indirizzo:	Città:	Provincia:	Cap:
------------	--------	------------	------

Recapito telefonico	Indirizzo di posta elettronica
---------------------	--------------------------------

Cognome	Nome	Codice fiscale
2		

**Domicilio presso cui la Società Assicurativa potrà inviare il medico per la verifica della patologia medica denunciata**

Indirizzo:	Città:	Provincia:	Cap:
------------	--------	------------	------

Recapito telefonico	Indirizzo di posta elettronica
---------------------	--------------------------------

Cognome	Nome	Codice fiscale
3		

**Domicilio presso cui la Società Assicurativa potrà inviare il medico per la verifica della patologia medica denunciata**

Indirizzo:	Città:	Provincia:	Cap:
------------	--------	------------	------

Recapito telefonico	Indirizzo di posta elettronica
---------------------	--------------------------------

Cognome	Nome	Codice fiscale
4		

**Domicilio presso cui la Società Assicurativa potrà inviare il medico per la verifica della patologia medica denunciata**

Indirizzo:	Città:	Provincia:	Cap:
------------	--------	------------	------

Recapito telefonico	Indirizzo di posta elettronica
---------------------	--------------------------------

Cognome	Nome	Codice fiscale
5		

**Domicilio presso cui la Società Assicurativa potrà inviare il medico per la verifica della patologia medica denunciata**

Indirizzo:	Città:	Provincia:	Cap:
------------	--------	------------	------

Recapito telefonico	Indirizzo di posta elettronica
---------------------	--------------------------------

Cognome	Nome	Codice fiscale
6		

**Domicilio presso cui la Società Assicurativa potrà inviare il medico per la verifica della patologia medica denunciata**

Indirizzo:	Città:	Provincia:	Cap:
------------	--------	------------	------

Recapito telefonico	Indirizzo di posta elettronica
---------------------	--------------------------------

**DESCRIZIONE DELL'EVENTO (cause, accadimenti, sintomi, date, etc)**


**DOCUMENTI DA ALLEGARE**

La Società potrà richiedere successivamente, per poter procedere alla definizione del sinistro, ulteriore documentazione che l'Assicurato sarà tenuto a trasmettere. L'inadempimento degli obblighi relativi alla denuncia del Sinistro può comportare la perdita del diritto all'Indennizzo, ai sensi dell'art. 1915 del C.C.

**ASSISTENZA IN VIAGGIO**

Barrare se incluso

Documenti di viaggio originariamente previsti e relative ricevute di pagamento	<input type="checkbox"/>
Documentazione medica inerente l'accadimento	<input type="checkbox"/>
Documentazione comprovante l'impossibilità di contattare la Struttura Operativa	<input type="checkbox"/>
Fatture, scontrini, ricevute fiscali	<input type="checkbox"/>
Altro:	<input type="checkbox"/>

**SPESE MEDICHE IN VIAGGIO**

Barrare se incluso

Documenti di viaggio originariamente previsti e relative ricevute di pagamento	<input type="checkbox"/>
Certificato Medico e/o di Pronto Soccorso riportante la patologia sofferta o la diagnosi medica che certifichi la tipologia e le modalità dell'infortunio subito	<input type="checkbox"/>
Cartella clinica (in caso di ricovero, copia conforme all'originale della cartella clinica)	<input type="checkbox"/>
Fatture, scontrini o ricevute fiscali	<input type="checkbox"/>
Prescrizione medica per spese mediche e farmaceutiche, spese odontoiatriche urgenti, spese per cure al rientro incluse quelle fisioterapiche	<input type="checkbox"/>
Diagnosi medica che certifichi la tipologia di intervento odontoiatrico necessario e non rimandabile	<input type="checkbox"/>
Documentazione comprovante l'impossibilità di contattare la Struttura Organizzativa	<input type="checkbox"/>
Altro:	<input type="checkbox"/>

**BAGAGLIO**

Barrare se incluso

Documenti di viaggio originariamente previsti e relative ricevute di pagamento	<input type="checkbox"/>
Descrizione, valore, data di acquisto e relativi scontrini degli oggetti perduti o danneggiati	<input type="checkbox"/>
Scontrini per acquisto di prima necessità	<input type="checkbox"/>
Preventivo della riparazione o dichiarazione di irreparabilità per danni al bagaglio	<input type="checkbox"/>
Inoltre:	<input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Per bagagli affidati al vettore aereo: P.I.R.*</li> <li>• Indennizzo ricevuto dal vettore ai sensi della normativa vigente</li> <li>• Per bagagli affidati ad altri vettori o all'albergatore: reclamo al responsabile (copia debitamente controfirmata per ricevuta dal vettore o albergatore e loro risposta)</li> <li>• Per furto o smarrimento: denuncia alle autorità competenti</li> </ul>	<input type="checkbox"/>
Altro:	<input type="checkbox"/>

\* Property Irregularity Report: Rapporto di smarrimento o danneggiamento bagaglio, documento rilasciato dall'Autorità Aeroportuale.

**RITARDATA PARTENZA**

Barrare se incluso

<b>Documenti di viaggio originariamente previsti e relative ricevute di pagamento</b>	
<b>Sigla del volo aereo, orario di partenza previsto, orario di partenza effettivo</b>	
<b>Altro:</b>	

**PERDITA DEL VOLO/NAVE**

Barrare se incluso

<b>Documenti di viaggio originariamente previsti e relative ricevute di pagamento</b>	
<b>Titoli di viaggio inutilizzati o sostitutivi (in originale)</b>	
<b>Ricevute di acquisto dei titoli di viaggio sostitutivi</b>	
<b>Altro:</b>	

**INTERRUZIONE**

Barrare se incluso

<b>Documenti viaggio originariamente previsti e relative ricevute di pagamento</b>	
<b>Documentazione medica inerente l'accadimento</b> (certificato di Pronto Soccorso riportante la patologia sofferta o la diagnosi medica che certifichi la tipologia e le modalità dell'infortunio subito)	
<b>Fatture, scontrini o ricevute fiscali</b>	
<b>Documentazione comprovante il ricovero ospedaliero</b> (riportante la patologia sofferta o la diagnosi medica, o la tipologia e le modalità dell'infortunio subito)	
<b>Certificato di morte del familiare o dell'assicurato</b>	
<b>Attestazione grado di parentela</b> (stato di famiglia o certificati utili a verificare il grado di parentela)	
<b>Altro:</b>	

**ANNULLAMENTO**

Barrare se incluso

<b>Documenti di viaggio originariamente previsti e relative ricevute di pagamento</b>	
<b>Certificato di morte del familiare o dell'assicurato</b>	
<b>Estratto conto di penale applicata dall'operatore turistico</b> (in cui sono specificati quali sono i costi di gestione pratica, quote di iscrizione, tasse di imbarco) e <b>relativa ricevuta di pagamento</b>	
<b>Attestazione grado di parentela</b> (stato di famiglia o certificati utili a verificare il grado di parentela)	
<b>Documentazione comprovante il ricovero ospedaliero</b> (riportante la patologia sofferta o la diagnosi medica, o la tipologia e le modalità dell'infortunio subito)	
<b>Altra documentazione:</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Certificazione medica</b> obbligatoriamente con indicazione della patologia occorsa e relativa prognosi</li> <li>• <b>In caso di infortunio:</b> descrizione dell'evento e relativa certificazione medica</li> <li>• <b>Per impedimento lavorativo:</b> copia del contratto di assunzione/licenziamento o richiesta ferie revocata dal datore di lavoro</li> <li>• <b>Altri eventi:</b> documentazione comprovante l'evento che ha determinato l'annullamento del viaggio (verbale delle autorità intervenute, etc)</li> </ul>	

**INFORTUNI**

Barrare se incluso

<b>Documenti di viaggio originariamente previsti e relative ricevute di pagamento</b>	
<b>Documentazione medica comprovante l'infortunio</b> (certificato di Pronto Soccorso o Certificato medico riportante la diagnosi medica che certifichi la tipologia e le modalità dell'infortunio subito)	
<b>Altro:</b>	



## INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

IMA ITALIA ASSISTANCE S.p.A., Sede Legale: Piazza Indro Montanelli 20, CAP 20099 Sesto San Giovanni, Numero di iscrizione al registro delle imprese di Milano N. 09749030152, di seguito IMA, raccoglie, in qualità di Titolare al Trattamento, le categorie dei seguenti dati, nel quadro della gestione del suo sinistro:

- dati relativi all'identificazione delle parti, di persone interessate o di altre parti coinvolte nel contratto;
- dati relativi alla situazione familiare (se il contratto prevede l'estensione al nucleo familiare);
- dati necessari alla stipula, l'esecuzione del contratto e alla gestione dei sinistri;
- informazioni relative alla determinazione o alla valutazione del rischio;
- dati di localizzazione delle persone e/o dei beni in relazione ai rischi assicurati;
- dati sanitari per l'esecuzione del contratto per i quali l'assicurato ha dato il suo consenso (solo polizze assistenza medica).

I suoi dati saranno impiegati da IMA per la sola gestione del sinistro ed in particolare per:

- la valutazione del sinistro;
- la gestione del sinistro;
- la liquidazione del sinistro;
- l'elaborazione delle statistiche e degli studi attuariali;
- l'esercizio di azioni giudiziarie, la gestione dei reclami e del contenzioso in genere;
- tutte le operazioni relative alla gestione dei clienti compreso il monitoraggio dell'assistenza fornita (es: customer care);
- l'implementazione di meccanismi di controllo, in particolare di contrasto a frodi e corruzione;
- gestione delle richieste di diritto d'accesso, di rettifica e di opposizione;
- l'esecuzione di disposizioni legali, regolamentari ed amministrative.

Essi possono essere accessibili o trasmessi a Responsabili Esterni del Trattamento "tecnici" di IMA per le operazioni di amministrazione e di manutenzione informatica.

**La mancata compilazione dei campi obbligatori comporterà l'impossibilità di gestire la richiesta.** La richiesta d'esecuzione delle garanzie comporta la Sua autorizzazione espressa ad IMA, a comunicare le informazioni sanitarie suscettibili d'esser raccolte a ogni professionista che le debba conoscere per eseguire l'incarico conferitogli da IMA. In relazione a ciò, Lei accetta di liberare i professionisti medico sanitari dal loro obbligo di segreto professionale sulle proprie informazioni mediche (solo per polizze di assistenza medica).

I suoi dati sono conservati per la durata del rapporto assicurativo, fermi eventuali termini di legge.

Il beneficiario può, in ogni momento, ritirare il suo consenso al trattamento dei suoi dati personali previo invio di un documento identificativo da presentare a IMA Italia Assistance S.p.A., Ufficio Protezione Dati, Piazza Indro Montanelli n. 20, 20099 Sesto San Giovanni (MI), oppure a [ufficioprotezionedati@imaitalia.it](mailto:ufficioprotezionedati@imaitalia.it). Tali strutture operano in qualità di corrispondente del DPO (Responsabile della Protezione Dati) del Gruppo Inter Mutuelles Assistance, con sede in Niort (Francia). In tal caso egli accetta di non beneficiare più della copertura assicurativa. Con la stessa modalità può esercitare il proprio diritto d'accesso, di rettifica, di cancellazione e di opposizione per motivo legittimo.

Lei ha diritto di sporgere reclamo presso l'Autorità Garante in materia di Protezione dei Dati Personali qualora ritenga che il trattamento che la concerne costituisca una violazione delle disposizioni di legge.

**Luogo e data** .....

**Firma** .....

### COMPILARE E RESTITUIRE VIA E-MAIL O RACCOMANDATA A/R:

IMA Italia Assistance S.p.A.  
UFFICIO GESTIONE SINISTRI  
Piazza Indro Montanelli, 20 - 20099 Sesto San Giovanni (MI)  
Telefono: +39 02 24128449 Lun-Ven h 9:00-17:00  
Email: [sinistri.viaggi@imaitalia.it](mailto:sinistri.viaggi@imaitalia.it)