

**POLIZZA “MULTIRISCHI VIAGGIO”**

**CHUBB TRAVEL INSURANCE**

**MODULO DI DENUNCIA SINISTRO**

**Indirizzo:** Chubb European Group Ltd – Ufficio Sinistri Travel – Via Fabio Filzi, 29 - 20124 MILANO

**Tel.** +39 02 27095790; **fax:** 02 27095447 - **Email:** [travelclaims.italy@chubb.com](mailto:travelclaims.italy@chubb.com)

**Note Importanti:**

- Compilare il modulo rispondendo alle domande nel modo più completo possibile; ciò eviterà ritardi nel processo di gestione del sinistro.
- Accertarsi di aver incluso tutte le dichiarazioni, documenti ed ogni altra evidenza utile.
- Accertarsi di aver compilato il modulo in maniera chiara e leggibile - Vi preghiamo di scrivere in stampatello.
- Accertarsi inoltre di aver firmato il modulo dopo averlo compilato. Non potremo gestire moduli privi di firma.
- inviare il modulo debitamente compilato e firmato all'indirizzo sopra indicato nel più breve tempo possibile e comunque entro i termini previsti dalle Condizioni Generali di Assicurazione.

Tipologia di sinistro:

**Si prega di compilare solo le sezioni relative alle tipologie di sinistro occorse:**

- |   |   |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>● Infortuni e/o malattia (compilare sezione A)</li> <li>● Protezione del bagaglio (compilare sezione B)</li> <li>● Spese impreviste ritardata consegna bagaglio (compilare sezione C)</li> <li>● Smarrimento o furto del passaporto/patente (compilare sezione D)</li> <li>● Annullamento del viaggio (compilare sezione E)</li> <li>● Modifica del viaggio (compilare sezione E)</li> <li>● Interruzione del viaggio (compilare sezione E)</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>● Riprotezione del viaggio (compilare sezione F)</li> <li>● Ritardata partenza (compilare sezione G)</li> <li>● Ritardo del volo (compilare sezione G)</li> <li>● Abbandono del viaggio (compilare sezione G)</li> <li>● Mancata coincidenza (compilare sezione H)</li> <li>● Responsabilità civile viaggio (compilare sezione I)</li> </ul> |
|---|---|

Certificato di assicurazione n°: \_\_\_\_\_

Contraente di Polizza:

Cognome e Nome: \_\_\_\_\_

Indirizzo: \_\_\_\_\_

CAP e Città: \_\_\_\_\_

Data di nascita: \_\_\_\_\_

Numero di telefono: \_\_\_\_\_

Indirizzo e-mail: \_\_\_\_\_

Dati bancari (IBAN/SWIFT): \_\_\_\_\_

Assicurato: (chi ha subito il danno)

Cognome e Nome: \_\_\_\_\_

Indirizzo: \_\_\_\_\_

Città: \_\_\_\_\_

Data di nascita: \_\_\_\_\_

Numero di telefono: \_\_\_\_\_

Informazioni sul Viaggio:

Date del viaggio:                      Andata: \_\_\_\_\_                      Ritorno: \_\_\_\_\_

**A. Infortuni e/o malattia**

---

**A1 Quando è stata effettuata la prima assistenza medica? Data:** \_\_\_\_\_  
Estremi di chi ha prestato le prime cure: \_\_\_\_\_

**A2 E' ancora seguito da un medico per la malattia/infortunio occorso?**  sì  no  
*Se sì, segnalare il nome e l'indirizzo del medico curante* \_\_\_\_\_

**A3 Ha mai sofferto della medesima patologia?**  sì  no  
*Se sì, quali e quando si sono manifestati i primi sintomi?* \_\_\_\_\_

**A4 Data dell'infortunio:** \_\_\_\_\_ **Ora (h:m):** \_\_\_\_\_

**A5 Luogo dell' evento (Città e Via)** \_\_\_\_\_

**A6 Infortunio causato da:\***  Terzi\*\*  Sconosciuti  
*\*Estremi completi del Terzo responsabile (includere indirizzo e recapito telefonico)* \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

*\*\*Se l'infortunio è stato causato da un terzo, allegare copia della notifica di sinistro inoltrata al responsabile.*

**A7 Ha denunciato l'evento alle Autorità competenti?**  sì  no  
*se sì, allegare copia della denuncia*

**A8 Descrizione dettagliata delle circostanze/causa dell'infortunio** *(se necessario, potrà aggiungere un' illustrazione esplicativa dello scenario su un foglio separato)*  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**A9 Ha sostenuto spese mediche a seguito della malattia e/o dell'infortunio occorso?**  sì  no  
*se sì, compilare la sezione "Dettaglio spese mediche sostenute" nella pagina seguente*

**A10 E' in possesso di altre assicurazioni operanti per infortuni e/o malattia?**  sì  no

Se sì, con quale compagnia assicurativa e con quale numero di polizza?

---

**Ha denunciato il sinistro anche a questa Compagnia o intende farlo?**  sì  no

**A11 Ha contattato la Centrale Operativa?**  sì  no

se no, perché?

---



---



---



---

**Dettaglio le spese mediche sostenute**

Descrizione	Nome dello specialista	Data	Importo (Valuta estera)	Importo in Euro	Importo rimborsato da altre assicurazioni
				€	
				€	
				€	
				€	
				€	
				€	
				€	
				€	
				€	
				€	

*\*Allegare alla presente tutte le ricevute fiscali dei costi sostenuti.*

**B. Protezione del bagaglio – perdita / danneggiamento**

**B1 Dettagliare i beni oggetto del sinistro**

Oggetto	Acquistato presso*	Data	Prezzo	Danno/costi di riparazione (stima)*
			€	€
			€	€
			€	€
			€	€
			€	€
			€	€

\* allegare la fattura /biglietto e/o altre evidenze utili.

**I beni sopra elencati sono di proprietà dell'assicurato?**  sì  no

**I beni, oggetto del danneggiamento, sono riparabili?**  sì  no

Se no, indicare le motivazioni

---



---

**B2 Dove si trovano i beni danneggiati?**

---

**B3 Dove e quando il danno può essere verificato e valutato?**

---

**B4 E' in possesso di altre assicurazioni operanti per il bagaglio?**  sì  no

\*Se sì, con quale compagnia assicurativa e con quale numero di polizza?

---

Ha denunciato il sinistro anche a questa Compagnia o intende farlo?  sì  no

**B5 Informazioni aggiuntive**

---

**B6 Ha notificato la perdita/danneggiamento del bagaglio al vettore/tour operator/albergatore/ struttura ricettiva responsabile del danno?**  sì  no

\*In caso di viaggio aereo, allegare i seguenti documenti:

- Rapporto di Irregolarità Bagaglio emesso dalla Compagnia Aerea (P.I.R.).
- Elenco completo e dettagliato di tutti i beni, con rispettivi importi, da Lei inviato alla Compagnia Aerea per la relativa richiesta di rimborso, nel quale venga specificata la quantificazione totale del danno da Lei subito.
- Rapporto di Definitivo Smarrimento/Chiusura Inchiesta bagaglio emesso dalla Compagnia Aerea e relativo esito

\*Per gli altri casi, allegare copia della notifica di danno inoltrata al responsabile.

**C. Spese impreviste per ritardata consegna del bagaglio**

---

**C1 Quando e dove è occorso l'evento?**

---



---

**C2 Ha notificato la ritardata consegna al vettore?**  sì  no

*\*Se sì, allegare i seguenti documenti:*

- Rapporto di Irregolarità Bagaglio emesso dalla Compagnia Aerea (P.I.R.).
- Elenco completo e dettagliato di tutti i beni, con rispettivi importi, da Lei inviato alla Compagnia Aerea per la relativa richiesta di rimborso, nel quale venga specificata la quantificazione totale del danno da Lei subito.
- Rapporto di Definitivo Smarrimento/Chiusura Inchiesta bagaglio emesso dalla Compagnia Aerea e relativo esito

**C3 Ha sostenuto delle spese di prima necessità (es: toilette/abbigliamento) a seguito della ritardata consegna del bagaglio?**  sì  no

*Se sì, compilare la seguente sezione "Dettaglio spese di prima necessità"*

Oggetto	Acquistato presso*	Data	Prezzo
_____	_____	_____	€ _____
_____	_____	_____	€ _____
_____	_____	_____	€ _____
_____	_____	_____	€ _____
_____	_____	_____	€ _____
_____	_____	_____	€ _____

**C4 Data ed ora della ricezione del bagaglio?**

Data (gg/mm/aa): \_\_\_\_\_

Ora (hh:mm): \_\_\_\_\_

**D. Smarrimento - furto del passaporto/patente :**

---

**D1 Quando e dove è occorso l'evento?** \_\_\_\_\_

**D2 Descrizione dettagliata delle circostanze del fatto**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**D3 Dettaglio spese sostenute per ottenere i documenti sostitutivi**

Spesa	Data	Importo
_____	_____	€ _____
_____	_____	€ _____
_____	_____	€ _____
_____	_____	€ _____
_____	_____	€ _____

*\* allegare documentazione giustificativa*

**D4 Ha notificato il furto/lo smarrimento**

**alle Autorità competenti del luogo ove occorso l'evento?**  sì  no

*\* allegare copia della denuncia*

**E. Annullamento/Modifica/Interruzione del viaggio:**

---

**E1 Data di prenotazione del viaggio** \_\_\_\_\_

**E2 Costo del viaggio** \_\_\_\_\_  
*allegare il documento di prenotazione*

**E3 Data di cancellazione/modifica/interruzione del viaggio** \_\_\_\_\_

**E4 Quante sono le persone coinvolte nella cancellazione/interruzione/modifica del viaggio?** \_\_\_\_\_

**E5 Ammontare della penale** € \_\_\_\_\_  
*\*allegare la documentazione della cancellazione/modifiche/interruzione*

**E6 Qual è la ragione della cancellazione/modifica/interruzione del viaggio?** \_\_\_\_\_  
*\*Se la ragione è dovuta a infortunio e/o malattia, compilare la Sezione A.*

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**F. Riprotezione del viaggio :**

---

**F1 Mezzo di trasporto utilizzato per recarsi sul luogo di partenza (privato o pubblico).**

\_\_\_\_\_

**F2 Causa del ritardo\***

*\*selezionare una delle seguenti opzioni e aggiungere i dettagli del caso*

calamità naturale

\_\_\_\_\_

evento meteorologico straordinario

\_\_\_\_\_

incidente

\_\_\_\_\_

altro

\_\_\_\_\_

**F3 Quante sono le persone coinvolte?**

\_\_\_\_\_

**F4 Ammontare del danno**

€

\_\_\_\_\_

*allegare la documentazione comprovante l'acquisto dei nuovi titoli di viaggio utilizzati per raggiungere la destinazione originariamente prenotata.*

**G. Ritardata partenza/Ritardo del volo/Abbandono del viaggio:**

---

**G1 Data e ora di primo check-in**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**G2 Causa che ha determinato la ritardata partenza/  
ritardo del volo/abbandono del volo  
(8 ore complete di ritardo)**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

*\* allegare prova scritta rilasciata dal vettore che certifichi la durata e le cause del ritardo*

**G3 Se ha rinunciato al viaggio dopo un ritardo di almeno 24 ore complete (viaggio di andata dall'Italia) dettagli i costi sostenuti del viaggio/albergo non utilizzati:**

Spesa sostenuta	Data	Importo
_____	_____	€ _____
_____	_____	€ _____
_____	_____	€ _____
_____	_____	€ _____
_____	_____	€ _____

*\* allegare la fattura /biglietto e/o altre evidenze utili.*

**G4 Ha notificato la ritardata partenza/ ritardo del volo/  
abbandono del volo all'agente di viaggi, tour operator,  
fornitore dei servizi di trasporto?**

sì  no

*\* allegare copia della notifica inviata*

**G5 Ha richiesto ed ottenuto rimborso dal vettore?**

sì  no

**H. Mancata Coincidenza:**

---

**H1 Data e ora di primo check-in:**

\_\_\_\_\_

**H2 Itinerario completo del viaggio:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**H3 Dove è occorso il ritardo e dove  
ha perso la coincidenza del volo?**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**H4 Causa della mancata coincidenza**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**H5 Il Vettore le ha messo a disposizione un mezzo  
di trasporto alternativo entro 4 ore dopo  
l'effettivo orario di arrivo?**

sì  no



**I. Responsabilità civile in viaggio :**

**I1 Data e luogo dell'evento** \_\_\_\_\_

**I2 Descrizione dettagliata** \_\_\_\_\_

**I3 Estremi completi delle parti coinvolte**  
**Cognome e Nome Indirizzo:** \_\_\_\_\_  
**Codice postale e Città:** \_\_\_\_\_

**I4 Ci sono evidenze documentali e/o testimonianze scritte ?**  sì  no

*Se è così, allegarle alla presente*

**I5 Se il danneggiamento è stato causato a beni materiali, La preghiamo di compilare quanto segue**

Tipologia Oggetto	Entità del danno	Prezzo d'acquisto*	Costi di riparazione (stima)**
_____	_____	€	€
_____	_____	€	€
_____	_____	€	€

*\*se disponibile*

*\*\*se riparabile*

**I6 E' stata presentata denuncia presso le autorità competenti?**  sì  no

*Se si, indicare estremi ed allegare copia*

\_\_\_\_\_

**I7 A suo parere, chi è responsabile del danno e per quale ragione?** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**I8 Ha ricevuto formale lettera di responsabilizzazione dal Terzo?**  sì  no

*Se è così, allegare copia*

**Nota Bene:**

Ai sensi dell'Art. 2952 del Codice Civile, Vi ricordiamo che il Termine di Prescrizione è di 24 mesi dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda.

Resta inteso che false o fraudolente dichiarazioni o denunce di sinistro faranno decadere qualsiasi diritto di indennizzo ai sensi degli Art. 1892 – 1893 del Codice Civile.

***Alleghiamo Informativa/Consenso al trattamento di dati personali generali e appartenenti a categorie particolari, da ritornare firmato, in mancanza del quale non ci sarà possibile gestire il sinistro.***

N° Sinistro :

**Informativa breve sul Trattamento dei Dati Personali**

Ai sensi della vigente normativa nel quadro del Regolamento UE 2016/679 (Regolamento Generale in materia di Dati Personali), noi di Chubb European Group – Sede Secondaria e Direzione Generale della Società in Italia – Via Fabio Filzi 29 – 20124 Milano – Titolare del trattamento - trattiamo i dati personali da Lei forniti o raccolti tramite soggetti da noi autorizzati, come per esempio gli intermediari assicurativi, per le finalità connesse alla sottoscrizione e gestione delle polizze nonché per la valutazione di eventuali richieste di indennizzo derivanti dal verificarsi di un sinistro. I dati che potranno essere da noi trattati sono dati personali quali nome, cognome, indirizzo, numero di polizza, o dati che riguardano controversie civili o condanne penali e reati così come, previo Suo consenso, particolari categorie di dati quali – per esempio – i dati inerenti al Suo stato di salute (di seguito tutti insieme i "Dati") nell'ipotesi in cui ciò sia necessario al fine di valutare l'entità del sinistro, definire il livello di rischio assicurativo ed in generale adempiere ad ogni Sua specifica richiesta. Per lo svolgimento delle predette finalità amministrative, contabili e contrattuali, i Suoi Dati potranno essere comunicati alle altre società del Gruppo anche ubicate all'estero. Al fine di adempiere alle richieste derivanti dalla gestione della polizza, ci avvaliamo anche di soggetti terzi autorizzati al trattamento dei Suoi Dati che operano secondo e nei limiti delle istruzioni da noi impartite. I dati saranno conservati per il tempo strettamente necessario alla gestione delle finalità sopra descritte. Lei ha diritto di accedere ai Suoi Dati in ogni momento, opporsi al trattamento dei medesimi, chiederne la modifica e/o cancellazione ed esercitare il diritto alla limitazione dei trattamenti e il diritto alla portabilità dei dati. A tale fine può rivolgersi a Chubb European Group - Rappresentanza Generale per l'Italia – Via Fabio Filzi 29 – 20124 Milano (MI) – Tel. 02-270951– Fax: 02-27095333 o contattare il Responsabile per la Protezione dei Dati Personali all'indirizzo [dataprotectionoffice.europe@chubb.com](mailto:dataprotectionoffice.europe@chubb.com). Da ultimo, Lei ha diritto di proporre reclamo all'Autorità Garante in materia di Protezione dei Dati Personali. L'Informativa completa sul trattamento dei suoi Dati da parte di Chubb, con l'indicazione delle basi giuridiche del trattamento è disponibile sul nostro sito internet [www.chubb.com/it](http://www.chubb.com/it) o direttamente al seguente link <https://www2.chubb.com/it-it/footer/privacy-statement.aspx>. È altresì possibile richiedere una copia cartacea dell'Informativa completa in ogni momento, inviando una email a: [dataprotectionoffice.europe@chubb.com](mailto:dataprotectionoffice.europe@chubb.com)

**Consenso al trattamento di dati personali generali e appartenenti a categorie particolari**

Preso atto di quanto sopra e dell'Informativa completa disponibile sul nostro sito internet [www.chubb.com/it](http://www.chubb.com/it), La informiamo che, nell'ambito dell'attività di valutazione, gestione e liquidazione di un sinistro, potremmo essere tenuti ad acquisire ed esaminare, previo Suo consenso, determinate informazioni inerenti al suo stato di salute che ci impegniamo a trattare nel pieno rispetto delle disposizioni contenute nella sopra citata Informativa.

Lei può decidere liberamente se prestare o meno il consenso al trattamento dei Suoi Dati appartenenti a categorie particolari e segnatamente ai dati riferiti alla salute, tuttavia in caso di mancato consenso, potremmo non essere in grado di gestire la Sua richiesta di indennizzo. Lei ha, altresì, il diritto di revocare il Suo consenso in ogni momento.

**Barrare la casella e compilare i campi sottostanti per indicare il proprio consenso all'utilizzo, da parte di Chubb, dei propri Dati relativi alla salute per le finalità sopra indicate. Il mancato consenso comporta l'impossibilità per Chubb di trattare i suddetti.**

LUOGO E DATA

Dati identificativi dell'interessato (Nome e Cognome)

(firma)

Le chiediamo inoltre di compilare la sezione sotto indicata ai sensi di quanto previsto dalla vigente normativa sull'antiriciclaggio:

C.F. | |\_| |\_| |\_| |\_| |\_| |\_| |\_| |\_| |\_| |\_| |\_| |\_| |\_| |\_| |\_|

Data e luogo di nascita \_\_\_\_\_

**AVVISO IMPORTANTE:**

Al fine di prepararsi alla prossima uscita del Regno Unito dall'Unione Europea, Chubb sta ponendo in essere alcuni cambiamenti.

Innanzitutto, nel corso del 2018 Chubb European Group Limited e ACE Europe Life Limited verranno convertite in public limited companies e assumeranno la denominazione di Chubb European Group Plc e ACE Europe Life Plc. E' previsto poi che entrambe le società assumano la forma legale di Società Europea (Societas Europaea) e la denominazione rispettivamente di Chubb European Group SE e ACE Europe Life SE. Le società continueranno ad essere domiciliate e ad avere la loro sede legale al medesimo indirizzo in Inghilterra e continueranno ad essere autorizzate dalla Prudential Regulation Authority e regolamentate dalla Financial Conduct Authority e dalla Prudential Regulation Authority.

Per rimanere aggiornati sulle nostre attività di preparazione alla Brexit e ottenere ulteriori informazioni sulle implicazioni che vi riguarderanno direttamente, potete consultare il nostro sito [chubb.com/brenit](http://chubb.com/brenit)

Chubb European Group Limited ed Ace Europe Life Limited, società aventi sede legale a Londra, 100 Leadenhall St., EC3A 3BP (UK) e Rappresentanza generale per l'Italia a Milano, in via Fabio Filzi n. 29 - 20124 Milano - Tel. 02 27095.1 - Fax 02 27095.333 sono rispettivamente abilitate ad operare in Italia in regime di stabilimento nei Rami Danni con numero di iscrizione all'albo IVASS I.00043 e nell'Assicurazione Vita Ramo I con numero di iscrizione all'albo IVASS I.00073. L'attività in Italia è regolamentata dall'IVASS, con regimi normativi che potrebbero discostarsi da quelli del Regno Unito. Entrambe le società sono autorizzate dalla Prudential Regulation Authority e soggette anche alla vigilanza del Financial Conduct Authority e del Prudential Regulation Authority. Per maggiori dettagli consultare il sito [www.fca.org.uk/register](http://www.fca.org.uk/register) e il sito [www.ivass.it](http://www.ivass.it) sezione imprese.

Chubb European Group Limited ed Ace Europe Life Limited sono controllate dalla società Chubb Limited, società americana quotata al NYSE. Di conseguenza, entrambe le Società sono soggette a determinate normative e regolamenti statunitensi in aggiunta a quelli nazionali, dell'Unione Europea o delle Nazioni Unite, includenti sanzioni e restrizioni che possono vietare di fornire copertura o pagare sinistri a determinate persone fisiche o giuridiche o assicurare determinati tipi di attività connesse ad alcuni Paesi e territori quali Iran, Siria, Corea del Nord, Sudan del Nord, Cuba e Crimea.