

# Modulo denuncia sinistro / Infortuni viaggio

La preghiamo di inoltrare la documentazione a:  
Ufficio Liquidazione Danni  
C.so Venezia, 48  
20121 Milano

Per informazioni riguardanti il sinistro:  
Lunedì e Giovedì dalle 9.30 alle 12.30  
Tel. +39 02 76 41 66 53  
Tel. +39 02 76 41 66 54  
Centrale Operative Mesa  
Tel. +39 02 30 30 00 05

Da compilare in modo chiaro e leggibile!

## A Dati Assicurato

Estremi della persona che ha stipulato la Polizza

Cognome, Nome

Indirizzo

CAP / Luogo di residenza

Data di nascita

Codice Fiscale

Numero di Telefono (lavoro)

Numero di Telefono (abitazione)

Titolare del conto corrente

Estremi del conto corrente bancario

Nome e indirizzo dell'istituto di credito

CIN

ABI

CAB

Informazioni supplementari nel caso di bonifici verso l'estero:

IBAN

BIC-Code

Numero di Polizza e/o numero di agenzia

Copia della Polizza

è allegata

già inoltrata

## B Dati viaggio

Durata prevista

Data: da

a

Data partenza  
effettiva

Data

ora

Data ritorno  
effettivo

Data

ora

## C Dichiarazioni riguardanti il sinistro

1. Giorno dell'incidente

Data

ora

2. Luogo dell'incidente

3. Dinamica dell'incidente

3.1. Chi/che cosa ha provocato l'infortunio? Si prega di fornire una descrizione quanto più accurata possibile dello svolgimento dei fatti che hanno portato al sinistro (eventualmente allegare foglio) (eventualmente corredare la descrizione di uno schizzo/disegno)

/  -

Numero di pratica

Da compilarsi da parte della  
Centrale Operativa

**Da compilare in modo chiaro e leggibile!**

3.2. La persona che ha subito l'incidento si trovava al momento dello stesso sotto l'effetto di alcool, droghe o medicinali?  Sì  No

3.3. È stato eseguito un prelievo di sangue a comprova di ciò?  Sì  No

3.4. In caso affermativo, quale è stato il risultato? (allegare una copia dell'esame)

4. Da compilarsi solo in caso di incidente stradale (4.1.-4.3.)

4.1. A bordo di che tipo di veicolo si trovava la persona che ha subito il sinistro (auto privata, Taxi, Bus di linea, ecc.)?

4.2. La persona infortunata si trovava al volante del suddetto veicolo?  Sì  No

4.3. La persona infortunata è in possesso di patente di guida?  Sì  No

5. Nel caso sia già stata inoltrata a NEWMED S.p.A., in seguito allo stesso sinistro, una denuncia riguardante il rimborso delle spese mediche sostenute durante il viaggio, tralasciare i punti da 6 a 8. Indicare invece il numero di pratica corrispondente.

 - 

Numero pratica interna

6. Sono state coinvolte altre persone nell'incidento?  Sì  No

6.1. Erano presenti testimoni?  Sì  No

In caso affermativo, indicare nome, cognome e indirizzo degli stessi

  
  

6.2. È stato redatto un verbale da parte delle Forze dell'Ordine?  Sì  No  
In caso affermativo, di quale (Polizia, Carabinieri, Vigili)?

  

Si prega di allegare copia del verbale

7. Quale parte del corpo è stata oggetto di lesione? Descrivere tipo e modalità del sinistro.

  
  

8. Si è reso necessario il ricovero ospedaliero?  Sì  No

 a 

Data da

a

In caso affermativo allegare copia della cartella clinica.

9. È stata sufficiente una medicazione da parte di un medico o del Pronto Soccorso?  Sì  No

9.1. In caso affermativo fornire nome e cognome del medico curante

9.2. Quando ha avuto luogo la visita medica?

Data

10. Chi ha prestato le cure mediche successive, nel caso ce ne sia stato bisogno? Indicare nome e indirizzo del medico curante o dell'ospedale.

  
  

A partire da quando?

Data

Ricevuta l'informativa ai sensi del d. lgs. del 30/06/2003 nr. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali", ACCONSENTO al trattamento ed alla comunicazione dei miei dati personali e sensibili, necessari per la gestione e la liquidazione dei sinistri, ai soggetti coinvolti nel flusso operativo e precisamente Newmed S.p.A., Strutture Sanitarie, Medici Professionisti e nei limiti delle competenze dagli stessi esercitate. Rimane fermo che tale consenso è condizionato al rispetto delle disposizioni della vigente normativa.

Consenso del richiedente la prestazione:

Firma

#### D Informazioni malattie e/o invalidità preesistenti

1. Soffre di una infermità o di un'invalidità precedente al sinistro?  Sì  No

In caso affermativo, indicare quale/i

2. Presso quali medici è stato in cura, nel periodo precedente l'incidente?

Nome/i e indirizzo/i

Motivo della visita

3. È già stato vittima in precedenza di incidenti gravi?  Sì  No

In caso affermativo, quando?

data

tipo di incidente

4. Ha ricevuto un'indennizzo in seguito al/ai suddetto/i incidente/i?  Sì  No

4.1. In caso affermativo, da parte di chi? (allegare la documentazione necessaria)

4.2. Per che ammontare?

€

4.3. In caso di pensione di invalidità, quale grado (in percentuale) Le è stato concesso?  %

#### E Informazioni ulteriori polizze assicurative

1. È in possesso di ulteriori polizze assicurative invalidità da infortunio in viaggio (es. attraverso carte di credito o altro)?  Sì  No

In caso affermativo allegare copia e/o Numero di polizza/e o estremi carta di credito e società emittente

2. E' in possesso di una polizza infortuni privata o tramite datore di lavoro (INAIL)?

Nome e indirizzo

3. Possiede, la persona infortunata, una polizza integrativa malattia?

Si prega di fornire Nome, indirizzo e numero di polizza

Io sottoscritto autorizzo espressamente la NEWMED ad acquisire tutte le informazioni necessarie riguardo a infermità, menomazioni e/o forme di invalidità da me subite in passato e a quelle manifestatesi durante il periodo di validità della polizza assicurativa, presso medici curanti, USL e ospedali, sciogliendo a tal fine gli stessi dal segreto professionale.

Denuncia compilata il

Data

Nome dell'Assicurato

Io sottoscritto assicuro che le informazioni e i dati da me forniti corrispondono alla verità. Sono consapevole del fatto che dichiarazioni false o omissioni intenzionali, pur se non decisive al fine di stabilire la responsabilità e/o l'ammontare del danno, possono portare alla perdita della copertura assicurativa.

Luogo

Data

Firma dell'Assicurato