

# Modulo denuncia sinistro / Rimborso spese mediche

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 anagrafici dell'assicurato

Cognome, Nome		
Indirizzo		
CAP/Luogo di residenza	Data di nascita	
Cittadinanza		
Codice fiscale		
Numero di Telefono (abitazione)	Numero di Telefono (lavoro)	
Indirizzo di posta elettronica		
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		
Quando e dove è stata acquistata la polizza?		
Si prega di allegare copia della Polizza o di documento comprovante la stipula del contratto assicurativo (fattura agenzia di viaggio / Tour Operator, copia versamento premio, ecc.)		

Numero di pratica

Da compilarsi da parte della  
Centrale Operativa

## B Dati viaggio

Tipo di viaggio ?	<input type="checkbox"/> Viaggio organizzato	<input type="checkbox"/> Fai da te		
Durata prevista	da	a		
Inizio effettivo	data	ora		
Ritorno effettivo	data	ora		
Luogo di soggiorno dove si è verificata/o la malattia/infortunio				
Dispone di una (seconda) residenza nel paese dove ha avuto luogo la malattia/infortunio?			<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No

## C Informazioni sinistro

1. Quando si è ammalato/quando si è verificato l'infortunio?

Data

### 2. Da compilarsi solo in caso di malattia

2.1. Descrizione dettagliata dei sintomi e del decorso della malattia (compresa diagnosi medica)

  
  

2.2. Quando ha avvertito i primi disturbi e quando sono state effettuate le prime cure e da chi?

  
  

2.3. Presso quale medico si trovava in cura la persona ammalata nel periodo precedente al viaggio?

Presso quale medico/ospedale si recherà, al ritorno al proprio domicilio per la continuazione delle cure?

  
  

### 3. Da compilarsi solo in caso di infortunio

a) Si è trattato di un infortunio, causato da terzi?

Sì  No

In caso affermativo, indicare nome, cognome e numero di polizza responsabilità civile del responsabile

  
  

b) Sono state coinvolte altre persone

Sì  No

In caso affermativo indicare nome, cognome e indirizzo delle persone coinvolte

  
  

4a) Si è reso necessario il ricovero ospedaliero?

Sì  No

In caso affermativo allegare copia della cartella clinica

data: da

a

Luogo di degenza

b) Come si è svolto il viaggio di ritorno? (in caso diverso da quello pianificato)  così come stabilito

autoambulanza  aereo  eliambulanza  portantina su volo di linea  altro

c) Ha notificato il sinistro telefonicamente dal luogo di soggiorno, alla nostra centrale operativa?

Sì  No

  
  

In caso negativo indicare il motivo.

### 5. Da compilarsi solo in caso di decesso

5.1. Quando è avvenuto il decesso? (allegare copia del certificato di morte)

data

5.2. Causa del decesso

5.3. Descrizione spese sostenute:

Si prega di allegare tutte le ricevute, ricette, fatture mediche o ospedaliere in originale (in caso di rimborso parziale da parte di altre società assicuratrici allegare copia della notifica di rimborso)

Tipo di ricevuta (fatture/tickets/ scontrini)	Data di emissione	Valuta estera	Fattore di conversione	€	Pagamento effettuato	
					Si	No
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Come è stato pagato l'importo delle spese sul posto (contanti, carta di credito, altro)?

6. Ha già ricevuto un rimborso parziale delle spese mediche/ospedaliere sostenute?  Sì  No

6.1. In caso affermativo fornire gli estremi

6.2. Per quale ammontare?   €

6.3. Nel caso non abbia (ancora) ricevuto un rimborso, ne è stata inoltrata la richiesta?  Sì  No

6.4. In caso affermativo, presso quale Ente/assicurazione?

Nome, Indirizzo

D Informazioni su ulteriori coperture assicurative

1. E' in possesso di ulteriori polizze assicurative integrative a copertura delle spese mediche all'estero?

  
  
  

Fornire nome, indirizzo e numero di polizza delle suddette assicurazioni

2. Dispone di una carta di credito che offre forme di copertura assicurativa viaggi (malattia, assistenza, bagagli)?  Sì  No  
(in caso affermativo indicarne gli estremi (numero di carta di credito))

3. Dispone anche di una polizza annullamento viaggi?  Sì  No  
In caso affermativo allegare copia e/o numero di polizza

4. E' membro/iscritto presso una società/organizzazione di salvataggio/recupero?  Sì  No  
(Quali? Nome e Indirizzo)

  
  
  

Nome e Indirizzo

5. Ha già beneficiato in passato di rimborsi spese mediche, in seguito a sinistro, da parte di società assicuratrici?  Sì  No  
In caso affermativo, indicare data, Assicurazione e tipo di sinistro?

  
  
  
  

**Osservazione importante:**

Per ogni sinistro verrà dedotta una franchigia di € 100,-, che e' a carico dell'assicurato. Sono esenti da franchigia i sinistri riguardanti persone al di sotto del 18° anno di età e in egual modo i sinistri per i quali l'Assicurato ha già beneficiato di un rimborso parziale da parte di altre società assicuratrici.

Io sottoscritto autorizzo espressamente NEWMED S.p.A. ad acquisire tutte le informazioni necessarie riguardanti infermità e/o menomazioni causate da infortunio, sia passate che presenti, a proposito della mia persona, presso medici curanti, ospedali e Aziende Sanitarie Locali e sciogliendo a tal fine gli stessi dal segreto professionale.

Mi impegno a declinare ogni rivendicazione nei confronti di Europäische Reiseversicherung AG nel caso di compartecipazione alle spese da parte di terzi.

Compilato e firmato il:

Data

a

**Dichiarazione**

Io sottoscritto assicuro che le informazioni da me fornite corrispondono alla verità e sono consapevole del fatto che indicazioni false o non corrispondenti al vero potranno avere come conseguenza la perdita della copertura assicurativa.

Luogo

Data

Firma dell'Assicurato