

Modulo denuncia sinistro / Annullamento 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 anagrafici degli assicurati

1. Dati del contraente

Cognome, Nome

Indirizzo

CAP / Luogo di residenza

Data di nascita

Codice Fiscale

Numero di Telefono (lavoro)

Numero di Telefono (abitazione)

Indirizzo di posta elettronica

2. Dati di ulteriori assicurati che hanno disdetto il viaggio

Cognome, Nome

Data di nascita

Cognome, Nome

Data di nascita

Cognome, Nome

Data di nascita

Cognome, Nome

Data di nascita

Nel caso di viaggi con più di quattro persone, indicare il rapporto di parentela reciproco.

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

B Dati Viaggio

Fornitore dei servizi turistici

Paese di destinazione

Data prenotazione

Data partenza

Data ritorno

Tipo di viaggio/vettore:

Aereo

Treno

Albergo / casa vacanze

Bus

Nave

Altro

Numero di pratica

Da compilarsi da parte della
Centrale Operativa

Da compilare in modo chiaro e leggibile!

C Informazioni sul sinistro

1. Per quale motivo è stato cancellato il viaggio?

a) Malattia grave imprevedibile Gravidanza Decesso Intolleranza alla vaccinazione immunitaria (vaccino)

Rottura e/o allentamento di protesi o artroprotesi impiantate

Infortunio

Data e luogo dell'infortunio

Infortunio/causato da terzi?

Sì (nel caso, allegare la documentazione necessaria)

No

Nome, cognome, estremi della polizza di Responsabilità Civile della persona che ha causato l'infortunio

b) Danni a beni materiali

c) (Re)inizio rapporto lavorativo (in seguito a disoccupazione) perdita dell'impiego a seguito licenziamento

d) Altri eventi dannosi previsti in polizza (specificare quali)

2. Chi è stato causa dell'annullamento del viaggio?

a) Uno dei partecipanti al viaggio?

Sì

No

Cognome, Nome

b) Un familiare non partecipante?

Sì

No

Cognome, Nome

In caso affermativo indicare il rapporto di parentela (allegando documentazione a provarlo)

c) Una persona incaricata dell'assistenza e cura di anziani o invalidi?

Sì

No

Chi necessitava di cure e assistenza durante il viaggio?

La persona assicurata è tenuta, in caso di sinistro, ad annullare il viaggio nel più breve tempo possibile onde evitare un aumento ingiustificato delle penali d'annullamento.

3. a) Quando si è verificato l'evento che ha portato all'annullamento del viaggio? indicare la data

b) Quando è stato cancellato il viaggio?

indicare la data

c) In caso di annullamento non immediato, indicare il motivo che ne ha causato il ritardo.

Quando è stata acquistata la polizza assicurativa? Nel caso l'acquisto sia avvenuto non contemporaneamente alla prenotazione del viaggio, indicarne il motivo.

Oggetto di rimborso da parte della società assicuratrice sono i costi di annullamento dei servizi turistici, dovuti al fornitore degli stessi (Tour Operator, compagnia aerea, Agenzia di viaggio, ecc.). Sono esclusi dal rimborso i costi aggiuntivi quali telefono, visti consolari, l'importo della polizza assicurativa stessa e quanto altro non facente parte delle prestazioni turistiche concordate.

4. Ammontare penale annullamento viaggio

L'importo della fattura di annullamento ammonta a:

_____ €

corrisponde al _____ % dell'importo totale del viaggio.

Allegati:

Copia e/o Numero di Polizza assicurativa (es. ricevuta premio...)

Conferma di iscrizione al viaggio e fattura di penale in seguito all'annullamento (in originale)

Contratto di affitto della casa di vacanza e ricevuta costi di cancellazione

Certificato medico curante attestante l'infermità o l'infortunio e/o cartella clinica in caso di ricovero ospedaliero

Certificato di morte

Lettera di licenziamento o di assunzione del datore di lavoro

Documento attestante l'iscrizione all'ufficio di collocamento

Documentazione necessaria nel caso di danni a beni materiali (es. denuncia dei vigili, polizia, pompieri)

Altro:

D Informazioni su ulteriori polizze assicurative

È in possesso di ulteriori polizze assicurative con copertura assicurativa viaggi (Carte di credito/altro)?

Sì

No

In caso affermativo, indicarne gli estremi

Dichiarazione:

Io sottoscritto assicuro che le informazioni da me fornite corrispondono alla verità e che 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

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

Da compilarsi da parte dell'agenzia di viaggio

Nominativo di riferimento

Numero di telefono

Eventualmente timbro agenzia di viaggio

Certificato Medico

per: Denuncia sinistro (rimborso costi annullamento viaggi)

Egregio/a Dottore/ssa,

attraverso questo modulo, Il Suo paziente inoltrerà una richiesta di risarcimento danni presso la nostra società. Con lo scopo di poter giudicare al meglio il diritto al risarcimento dello stesso, La preghiamo vivamente di compilare il seguente formulario in modo quanto più accurato e obiettivo possibile. L'assicurato acconsente espressamente (secondo l'Art. 6 delle condizioni di assicurazione) a sciogliere il medico curante dal segreto professionale. Ci riserviamo inoltre, per eventuali chiarimenti, la possibilità di contattarLa in seguito.

Cordiali saluti.
Europea assicurazione Viaggi

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

Cantrale Operative Mesa
Tel. +39 02 30 30 00 05

Nome del Paziente		
Indirizzo		
CAP / Luogo di residenza	Data di nascita	
1. Diagnosi medica:		
2. Quando si sono manifestati i primi sintomi della malattia? Quando si è verificato l'infortunio? Quando è stata riscontrata la gravidanza?		
Quando ha effettuato la prima medicazione/prescrizione? Quando sono state svolti i primi esami che hanno portato a formulare la suddetta diagnosi?	Data	
Fino al momento della manifestazione dei primi sintomi, era il paziente, a Suo giudizio, in grado di viaggiare?	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	
Quando ha richiesto il paziente il Suo intervento?	Data	
3. Medicazioni e misure terapeutiche:		
4. Si è reso necessario un ricovero ospedaliero? In caso affermativo, dove e quando?		
5. In seguito all'infermità, era il paziente in grado di continuare l'attività lavorativa? In caso affermativo da _____ a _____ (copia del certificato medico da presentare al datore di lavoro in caso di assenza per malattia)		
6. Trattasi di forma di malattia preesistente/cronica già curata in precedenza? In caso affermativo, a partire da quando? (includere Nome del Medico curante)		
7. Trattasi di malattia i cui sintomi sono esistenti già da lungo tempo? In caso affermativo, a partire da quando? Data _____ Quando si è verificato un consistente peggioramento? Data _____		
8. Come medico curante, Le erano note al momento della prenotazione del viaggio eventuali controindicazioni che avrebbero potuto pregiudicare lo svolgimento dello stesso? E' stato consultato a riguardo? <input type="checkbox"/> sì, il _____ <input type="checkbox"/> No		
9. In che data si è resa necessaria, in seguito alla diagnosi, a Suo parere la rinuncia al viaggio? Data _____ Se questa data differisce dalla data indicata al punto 2 di cui sopra, indicarne i motivi:		
10. Ulteriori commenti:		
Luogo	data	Timbro e firma del medico curante

Numero di pratica

Da compilare in modo chiaro e leggibile!

D Informazioni malattie e/o invalidità preesistenti

1. Soffre di una malattia 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. 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. È in possesso di una polizza infortuni privata o aziendale? Sì No

Tipologia e assicuratore

3. Possiede una polizza integrativa malattia? Sì No

Tipologia e assicuratore

Io sottoscritto autorizzo espressamente NEWMED S.p.A. 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, aziende sanitarie locali e ospedali, sciogliendo a tal fine gli stessi dal segreto professionale.

Denuncia compilata il

Data

da

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