

Modulo denuncia sinistro / Assicurazione bagaglio

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	
Codice Fiscale		
Attività / Professione		
Numero di Telefono (lavoro)	Numero di Telefono (abitazione)	
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 stipulata 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

Durata prevista viaggio	Data: da	a			
Data inizio effettivo	Data	Ora	Data ritorno effettivo	Data	Ora
Con quale mezzo di trasporto si è svolto il viaggio?	<input type="checkbox"/> Aereo	<input type="checkbox"/> Treno	<input type="checkbox"/> Auto	<input type="checkbox"/> Altro	
Tipo di viaggio	<input type="checkbox"/> Viaggio organizzato	<input type="checkbox"/> fai da te	<input type="checkbox"/> Viaggio di lavoro		
Numero di colli a seguito	Valige/Borse	altro			
Ha viaggiato in compagnia (anche parzialmente) di altre persone?	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No			
Nome e indirizzo di ulteriori partecipanti					
Si sono verificati danni anche ai bagagli di persone che viaggiavano con Lei?	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No			

Da compilare in modo chiaro e leggibile!

D Informazioni su altre polizze assicurative1. Possiede Lei o un/a compagno/a di viaggio altre polizze assicurative bagaglio? Sì No
(es. attraverso Carte di credito, polizze bagaglio altri partecipanti al viaggio, ecc.)2. Possiede Lei o un/a compagno/a di viaggio polizze assicurative specifiche riguardanti:2.1. gioielli, apparecchiature fotografiche professionali, pellicce? Sì No2.2. una polizza di copertura danni domestici? Sì No2.3. una copertura assicurativa supplementare collegata ad una sua carta di credito? Sì No

3. Nel caso di furto con scasso all'interno del veicolo o di furto dello stesso

3.1. Disponeva il veicolo, al momento del sinistro, di una polizza casco parziale casco totale4. In caso di risposta affermativa ad uno dei punti 1-3, fornire le indicazioni corrispondenti
(Numero di polizza, Nome e indirizzo della società assicuratrice)**E Informazioni sinistri precedenti**1. Ha subito Lei o un/a compagno/a di viaggio durante gli ultimi 5 anni altri sinistri
comportanti danni e/o perdita bagaglio? Sì No

1.1. In caso affermativo elencare quale/i (eventualmente allegare foglio a parte)

1.2. Ammontare del/i sinistro/i

€

1.3. Causa del/i sinistro/i

1.4. Chi ha inoltrato denuncia di sinistro?

Nome, Indirizzo

1.5. Ha ricevuto Lei o un/a compagno/a di viaggio un indennizzo in seguito al/ai sinistro/i? Sì No

1.6. In caso di liquidazione del danno, quale somma ha ricevuto?

€

1.7. Indicare Nome e indirizzo della compagnia di assicurazione che ha liquidato il/i danno/i

Denuncia sinistro 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. Mi impegno inoltre a dare immediatamente comunicazione a NEWMED S.p.A. qualora io venga a conoscenza di ulteriori fatti riguardanti l'autore del sinistro o il recupero degli oggetti.

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