

Modulo denuncia sinistro / Interruzione 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 per i quali si è resa necessaria un'interruzione del viaggio e/o un rientro anticipato

Cognome, Nome

Data di nascita

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. E' stato necessario rientrare anticipatamente? indicare la data del rientro Data

2. E' stato necessario interrompere solo temporaneamente il viaggio/soggiorno? indicare il lasso di tempo: da a

3. Motivo del rientro anticipato/interruzione temporanea

Malattia grave e imprevedibile Decesso Danni a beni materiali

Infortunio: chi ha causato l'infortunio?
Nome e cognome del responsabile

Rottura e/o allentamento di protesi o artroprotesi impiantate

Altro

4. Chi è stato causa dell'interruzione del viaggio?

a) Uno dei partecipanti? Si No

Cognome, Nome

b) Un familiare non partecipante? Si No

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

c) Una persona incaricata dell'assistenza ad anziani / invalidi? Si No

Cognome, Nome

Chi era bisognoso di assistenza?

Non oggetto di rimborso sono: spese telefoniche, tasse di soggiorno, visti consolari, ecc. ▶

5. Si sono verificate spese aggiuntive, a seguito dell'interruzione/rientro anticipato del viaggio? indicare tipo di spesa e importo

(Si prega di allegare scontrini, fatture e biglietti mezzi di trasporto in originale)

Viene considerata come data di interruzione del viaggio la data in cui si è intrapreso il viaggio di ritorno straordinario ▶

6. Descrizione dei servizi turistici non usufruiti causa interruzione/rientro anticipato

(Si prega di allegare la documentazione corrispondente: fatture, ricevute, ecc. in originale)

in caso di chiarimenti rivolgersi in agenzia di viaggio:

Nominativo di riferimento

Numero di telefono

Eventualmente timbro agenzia di viaggio

7. Descrizione dei costi aggiuntivi causati da una forzata permanenza prolungata

(Si prega di allegare la documentazione necessaria: fatture, ricevute, ecc.)

Allegati

- Copia e/o numero polizza
- Conferma/Fattura prenotazione
- Contratto affitto appartamento vacanze
- Specificazione dei servizi turistici non usufruiti (Tour Operator/Agenzia di viaggio)
- Attestato del locatore riportante la data della partenza anticipata
- Attestazione di rimborso parziale da parte del Tour Operator/locatore
- Biglietti aerei/treno non utilizzati
- Biglietti aerei/treno supplementari
- Certificato medico/cartella clinica redatto/a dal medico curante nel luogo di soggiorno

altro

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 possono 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