

Modulo denuncia sinistro / Responsabilità Civile

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

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

Quando e dove è stata stipulata la Polizza Responsabilità Civile?

B Dati della persona che ha subito il danno

Estremi della persona che ha subito il danno

Cognome, Nome

Indirizzo

CAP / Luogo di residenza

Data di nascita

Codice Fiscale

Numero di Telefono (lavoro)

Numero di Telefono (abitazione)

Attività

Lavoratore autonomo

Sì

No

Esiste un rapporto di parentela tra l'Assicurato e la persona vittima del sinistro?

Sì

No

In caso affermativo indicarne il grado

La persona che ha subito il danno è un compagno di viaggio dell'Assicurato

Sì

No

/ -

Numero di pratica

Da compilarsi da parte della
Centrale Operativa

6.2. Si è reso necessario l'intervento di un medico, del Pronto Soccorso, di un ospedale?

In caso affermativo indicare Nome, Cognome e Indirizzo.

Le è già stata presentata richiesta di indennizzo da parte della persona che ha subito il danno?

Sì Verbalmente Per iscritto (allego copia della stessa) No

7.1. In caso affermativo indicare l'ammontare della richiesta?

€

7.2. Ritiene la richiesta di indennizzo non corrispondente alle circostanze?(se troppo alta, indicarne il motivo)

7.3. Nel caso di un eventuale indennizzo da parte nostra, direttamente al richiedente, si dichiara d'accordo?

Sì No

In caso negativo indicare il motivo

8. In base a quale motivo Le viene addebitata la colpa del sinistro?

9. Ritiene si sia verificata una corresponsabilità nell'accaduto da parte della persona danneggiata?

Sì No

9.1. In caso affermativo indicare il motivo.

D Informazioni su ulteriori polizze assicurative

1. È in possesso di ulteriori polizze assicurative di Responsabilità Civile?

Sì No

2. Gli oggetti danneggiati rientrano nella copertura assicurativa offerta da altri tipi di polizze (assicurazione bagaglio, polizze casa, ecc.)?

Sì No

In caso affermativo (Punto 1 e 2) allegare copia e/o Numero di polizza/e

Nome e indirizzo della/e società assicuratrice/i

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 omissioni intenzionali o dichiarazioni false, 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 comunicazione a Europäische Reiseversicherung AG qualora dovessero verificarsi cambiamenti.

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