

Modulo di Notifica Richiesta



Riferimento Notifica Richiesta:

(Riservato all'Ufficio)

Dettagli della persona assicurata:

Nome e cognome:

Tipo di richiesta
indennizzo:

Data:

Indirizzo:

Numero di telefono:

Email:

Informazioni importanti/Che cosa bisogna fare?

1. Compilare il modulo.
2. Allegare al presente modulo annotazioni/commenti aggiuntivi.
3. Elencare la documentazione di supporto allegata al presente modulo:
(Riferirsi alla pagina "Attestazioni della Richiesta d'Indennizzo" inclusa nella polizza).

a)

b)

c)

d)

e)

Modulo di Notifica Richiesta



f)

4. Inviare il modulo compilato con i relativi allegati all'indirizzo:

Intana
Sussex House
Perrymount Road
Haywards Heath
West Sussex
RH16 1DN
United Kingdom

Informazione sulla polizza:

Numero di Polizza:

Data di Emissione della
Polizza:

Tipo di Polizza:

Date di Copertura:

Condizioni Mediche:

Clausole Aggiuntive:

Dettagli della persona assicurata:

Nome e Cognome:	Data di Nascita:	Occupazione:	Nazionalità:	Luogo di Nascita:

Modulo di Notifica Richiesta



Informazioni riguardanti il viaggio:

Data di prenotazione del viaggio:

Data Partenza:

Data Rientro:

Paese:

Scopo del Viaggio:

Richiesta indennizzo per:

Importo:

€

Modulo di Richiesta Indennizzo per Annullamento



Motivi dell'annullamento—sceglierne UNO OLTANTO

Decesso

Malattia

Infortunio

Non Medici

Se l'annullamento è stato causato da una persona non in viaggio con l'Assicurato o non assicurata, dichiarare il tipo di relazione che si ha con quella persona:

Se il motivo dell'annullamento è una condizione medica, il certificato medico allegato DEVE essere compilato dal Medico famiglia o di base della persona la cui malattia/infortunio ha dato origine alla denuncia.

1. Data e ora nella quale l'Assicurato si è reso conto di dover annullare il viaggio ___/___/___
Ora: ___:___

2. Data e ora nella quale l'Assicurato ha informato l'agente di viaggio o tour operator dell'esigenza di dover annullare il viaggio: ___/___/___
Ora: ___:___

3. Dettagli dei costi di viaggio e oneri per l'annullamento

Pacchetto vacanza € _____

Prenotato autonomamente Costi del biglietto: € _____

Costi per alloggio: € _____

Escursioni prenotate: € _____

Altre spese (es. Parcheggio Auto, Hotel Aeroporto, Trasferimenti): € _____

Rimborsi ricevuti o notificati (da dedurre): € _____

Importo totale richiesto: € _____

Indicare le modalità di pagamento della vacanza (es. contanti, carta di credito o carta di debito.) Se il pagamento è stato fatto con carta di credito, allegare copia della ricevuta attestante il pagamento effettuato.

Modulo di Richiesta Indennizzo per Annullamento



4. Nominativi e date di nascita di tutte le persone che hanno annullato il viaggio:

Titolo	Nome Completo	Data di Nascita	Occupazione

5. Indicare qui di seguito i motivi dell'annullamento:

Barrare la causa dell'annullamento :

Infortunio

1. Quadro delle circostanze che hanno dato luogo all'incidente

2. Se è stata coinvolta una terza parte, nome e indirizzo della terza parte e dettagli dell'assicurazione, se conosciuti.

Modulo di Richiesta Indennizzo per Annullamento



3. Nel caso si stia perseguendo una richiesta per danni contro una terza parte, fornire nome e indirizzo del rappresentante nominato e numero di riferimento.

4. Se non è stata coinvolta nessuna Terza Parte, chiarire chi o cosa fosse in torto e perché.

Licenziamento

Data notifica di licenziamento:

___/___/___

Data inizio periodo di disoccupazione:

___/___/___

Anno in cui si è cominciato a lavorare presso la stessa società:

E' necessario inviare una COPIA ORIGINALE del documento con il quale il datore di lavoro ha comunicato il licenziamento

Incidente Stradale:

Data dell'Incidente Stradale

___/___/___

Luogo:

Numero Verbale Polizia relativo all'incidente:

Marca del veicolo:

Modello del veicolo:

Nome e Indirizzo dell'assicuratore della terza parte:

Modulo di Richiesta Indennizzo per Annullamento



E' necessario includere una COPIA ORIGINALE del verbale della polizia riguardante l'incidente.

Infortunio sul lavoro (o simili): Data notifica dell'incidente: ___/___/___

Nome Società: _____

Indirizzo Società: _____

Nome e Indirizzo dell'assicuratore della Società : _____

E' necessario inviare una COPIA ORIGINALE della comunicazione o verbale del proprio datore di lavoro attestante i dettagli dell'incidente.

L'Assicurato possiede un conto bancario / carta di credito che offra un'assicurazione di viaggio complementare che possa coprire le circostanze riguardanti la richiesta d'indennizzo?

Sì No

Se **Sì**, confermare quanto segue:

Numero della carta: _____

Istituto di Credito che ha rilasciato la carta: _____

Tipo di Carta (Oro, Platino, Standard): _____

E' stata trasmessa una richiesta d'indennizzo ad una terza parte? Sì No

Se **Sì**, fornire dettagli: _____

Modulo di Richiesta Indennizzo per Annullamento



L'Assicurato possiede un'altra polizza che potrebbe coprire le circostanze relative alla richiesta d'indennizzo? Altre polizze, Barclaycard, Amex

Sì No

Se **sì**, fornire dettagli

Nel caso in cui la richiesta d'indennizzo venisse approvata, fornire i dettagli del conto bancario.

Confermare nome del beneficiario/i:

Nome Istituto Bancario:

Indirizzo della banca:

Codice SWIFT:

Codice IBAN:

Numero Conto:

Intestatario/i Conto:

Tipologia del Conto (Corrente, Oro, Platino):

Modulo di Richiesta Indennizzo per Annullamento



Dichiarazione: IMPORTANTE La mancanza di alcune firme porterà al rifiuto della richiesta d'indennizzo.

Il sottoscritto/I sottoscritti dichiara/dichiarano in fede che quanto sopra riportato è corretto e corrisponde alla verità. Il sottoscritto/I sottoscritti non ha/hanno tenuta nascosta alcuna informazione di mia/nostra conoscenza in relazione a questa richiesta. Il sottoscritto/I sottoscritti concorda/concordano nel fornire all'assicuratore tutte le ulteriori informazioni che verranno richieste. Il sottoscritto/I sottoscritti capisce/capiscono che il rilascio di questo modulo non significa un'ammissione di responsabilità da parte dell'assicuratore. **ATTENZIONE - Una richiesta d'indennizzo fraudolenta o deliberatamente eccessiva nell'importo richiesto è considerata reato penale. La compagnia assicuratrice indaga a fondo su ogni caso e qualsiasi persona sospettata di frode verrà denunciata alle Autorità con le quali collaboriamo in modo continuativo.**

PROTEZIONE DEI DATI (DATA PROTECTION ACT 1998)

Questa compagnia assicurativa gestisce una serie d'iniziative anti-frode. Le informazioni fornite in questo modulo verranno archiviate elettronicamente e, a questo scopo, potranno essere condivise con altre organizzazioni. Il sottoscritto/I sottoscritti concorda/concordano con la possibilità di chiedere informazioni ad altre organizzazioni per comprovare le risposte da lei fornite.

IMPORTANTE

Nel caso in cui una terza parte sia ritenuta responsabile, tutti i diritti in merito verranno trasferiti ai sottoscrittori dell'assicurazione di viaggio o ai loro agenti in tutte le fasi di questa richiesta.

Firma: _____

Data: ___/___/___

Certificato Medico



Da compilare dal Medico Curante Completare con **MAIUSCOLE**

Qualsiasi spesa fatta per completare questo Certificato Medico è sotto la responsabilità dell'assicurato (in caso di Interruzione e Annullamento risultato dall'infortunio, malattia o decesso).

Importante: Si prega il Medico di Famiglia di fornire piu` informazioni possibili onde evitare ritardi e non necessaria corrispondenza.

1. Nome del paziente:

Data di nascita:

___/___/___

2. Lei è il medico di famiglia del dichiarante?

Sì No

Se **Sì**, per quanto tempo?

Se **NO**, si prega di fornire i dettagli del Medico di famiglia del paziente:

3. Si prega di specificare esattamente la natura della Malattia, Infortunio o Causa di morte:

b. Si prega di specificare esattamente la data del primo consulto in riferimento a questa condizione medica:

___/___/___

4. Data d'inizio della malattia:

___/___/___

5. Data di prescrizione degli esami o accertamenti clinici:

___/___/___

6. Date di effettuazione degli esami o accertamenti clinici:

___/___/___

7. Quando questa condizione medica è stata diagnosticata?

___/___/___

8. Data di indirizzamento allo specialista:

___/___/___

9. Nome e indirizzo dello specialista/chirurgo

Codice Postale

10. E' sto possibile stabilire una data di fine malattia?

Sì No

Se **sì**, fornire la data e la prognosi:

___/___/___

11. Il paziente era in precedenza già trattato/curato da Lei in riferimento alla stessa/simile/collegata malattia o infortunio menzionato nella questione 3a?

Sì No

Se **sì**

a. Precisare la diagnosi della malattia/infortunio precedente.

b. Specificare la data in cui è iniziata malattia/infortunio precedente e quale trattamento medico era stato prescritto.

c. Il paziente sta ricevendo un trattamento medico/consultazione medica in riferimento alla questa/simile/collegata condizione medica?

Sì No

Se **sì**, fornire dettagli:

d. Si prega di elencare tutte condizioni mediche attive, le date di diagnosi, e dettagli di medicine:

12. Si prega di specificare se il paziente è stato trattato da un altro medico curante in

Sì No

Certificato Medico



riferimento alla stessa/simile/collegata malattia o infortunio menzionato nella questione 3a?

Se **Sì**, fornire nome e indirizzo del Medico:

Codice postale

13. Si prega di precisare se nei 2 anni antecedenti l'emissione della polizza il paziente abbia ricevuto trattamento ospedaliero? **Si** **No**

Se **Sì**, fornire dettagli del trattamento e quando: _____/_____/_____

14. Gravidanza

a. Data dell'ultimo ciclo mestruale: _____/_____/_____

b. Data di conferma della gravidanza: _____/_____/_____

c. Data presunta del parto: _____/_____/_____

d. Condizione medica in riferimento alla gravidanza:

15. Era necessario annullare il viaggio solo per il motivo della condizione menzionata nella questione 3a? **Si** **No**

16. Quando era consigliabile che il paziente annullasse il viaggio? _____/_____/_____

17. Se le date per risposte 7 e 16 sono diversi, fornire spiegazioni:

Certificato Medico



18. Il paziente ha viaggiato contro il parere del medico?

Si No

Se Sì, fornire dettagli:

Certificato Medico



Dichiaro in fede che le dichiarazioni riportate sopra sono veritiere e corrette.

Firma del Medico:

Data:

__/__/__

Nome del Medico:

Qualifica:

Indirizzo Postale:

Codice Postale:

Numero di Telefono:

Numero di Fax:

Numero di Cellulare:

Email:

Timbro Studio Medico: