

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 Spese Mediche e Interruzione



Scegliere la casella

Malattia

Infortunio

1. Data e ora in cui si è verificata la malattia/infortunio: _____/_____/____ :____

2. Paese in cui si è verificata la malattia/infortunio: _____

3. Descrizione e diagnosi completa della malattia o dell'infortunio:

4. Quadro Clinico Precedente

L'assicurato ha già sofferto in passato, prima dell'acquisto della polizza o prima della prenotazione del viaggio, della condizione medica che lo/la ha portato a questa richiesta d'indennizzo?

Sì No

Si prega di chiedere al Medico di famiglia o di base di completare il Certificato Medico allegato alla presente.

5. Dettagli Ospedale/ Clinica nel quale è stato eseguito il trattamento:

Nome: _____

Indirizzo: _____

Num. di Telefono: (se conosciuto) _____

Nome del medico curante: _____

(se conosciuto) _____

Modulo di Richiesta Indennizzo Spese Mediche e Interruzione



6. Se si è stati ricoverati completare le seguente voci:

Data di ricovero: _____/_____/____

Data di dimissione: _____/_____/____

L'assicurato ha contattato la Società d'Assistenza Medica (One Assist) come indicato sulla polizza:

Sì No

Se la risposta è **No**, fornire una spiegazione sul perché la Società d'Assistenza Medica non sia stata contattata:

Se Sì, confermare la data della prima chiamata: _____/_____/____

Persona con la quale si è parlato e numero di riferimento:

Si aveva con sé la propria Tessera Europea di Assicurazione Malattia (TEAM)?: Sì No

E' stata presentata al dottore/Ospedale?: Sì No

L'Assicurato possiede Assicurazione Sanitaria Privata (BUPA)? Sì No

Se Sì, confermare il nome dell'assicuratore, numero della polizza e indirizzo filiale:

Modulo di Richiesta Indennizzo Spese Mediche e Interruzione



Elencare le spese mediche per le quali si richiede l'indennizzo:

Elencare le spese per le quali si richiede l'indennizzo e le cure ricevute	Valuta del pagamento e Importo sostenuto	Ricevuta allegata	Dichiarare a chi effettuare il pagamento
		Sì <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	
		Sì <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	
		Sì <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	
		Sì <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	
		Sì <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	
		Sì <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	
		Sì <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	

Interruzione – Compilare questa sezione SOLO se si è tornati a casa prima della data prevista:

Motivi dell'interruzione:

Malattia Infortunio Malattia/infortunio o decesso di un parente Altro

Motivi dell'Interruzione:

Modulo di Richiesta Indennizzo Spese Mediche e Interruzione



L'assicurato possiede un conto bancario / carta di credito che offre un'assicurazione di viaggio complementare che copra le circostanze relative alla 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 presentata una richiesta d'indennizzo ad una terza parte?

Sì No

Se **sì**, fornire dettagli:

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:

Se la richiesta è in relazione ad un infortunio, confermare quanto segue:

1. Un 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 Spese Mediche e Interruzione



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

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

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

Confermare nome del beneficiario:

Nome Istituto Bancario:

Indirizzo Bancario:

Codice SWIFT:

Codice IBAN:

Numero Conto:

Intestatario Conto:

Tipologia del Conto (Corrente, Oro, Platino):

Modulo di Richiesta Indennizzo Spese Mediche e Interruzione



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



Far compilare dal Medico Curante Completare con MAIUSCOLE

In caso di Interruzione e Annullamento risultato da infortunio, malattia o decesso, qualsiasi spesa fatta per la compilazione di questo Certificato Medico è sotto la responsabilità dell'assicurato

Importante: Si prega il Medico di Famiglia di fornire tutte le informazioni qui richieste per evitare di doverle richiedere in un secondo tempo

1. Nome del paziente: _____

Data di nascita: _____ / _____ / _____

2. Lei è il medico di famiglia del dichiarante? **Sì** **No**

Se **Sì**, da quando? _____

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

3. Si prega di specificare esattamente la natura della Malattia, Infortunio o la causa del decesso:

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 è stata diagnosticata questa condizione medica? _____ / _____ / _____

8. Data in cui è stato mandato dallo specialista: _____ / _____ / _____

9. Nome e indirizzo dello specialista/chirurgo _____

Codice Postale

10. E' possibile stabilire la data di fine della malattia?

Sì No

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

___/___/___

11. Nel passato il paziente e` stato precedentemente trattato/curato da Lei in riferimento alla malattia o infortunio menzionata/o nel punto 3a?

Sì No

Se **sì**

a. Precisare la diagnosi della malattia/infortunio precedente.

b. Specificare la data in cui è iniziata la malattia/infortunio precedente ed il trattamento medico precedentemente prescritto.

c. Il paziente sta ricevendo un trattamento o consultazione medica in riferimento a questa stessa condizione medica o sta ricevendo una cura medica ad essa collegabile?

Sì No

Se **sì**, fornire dettagli:

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

Certificato Medico



12. Si prega di specificare se il paziente sia stato trattato da un altro medico curante in riferimento alla condizione medica menzionata nel punto 3a? Si No

Se **si**, 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 alcun trattamento ospedaliero? Si No

Se **si**, 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 ed esclusivamente a causa della condizione medica menzionata nel punto 3a? Si No

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

Certificato Medico



Numero di Cellulare:

Email:

Timbro Studio Medico: