

**Denuncia sinistro
Assicurazione
viaggio**

Linkham Services
Unit/Office 36, 88-90 Hatton Garden
London, EC1N 8PN

Rif sinistro. :

Vi preghiamo di rispondere a tutte le domande contenute in questo modulo di denuncia sinistro, lasciare in bianco le voci, usare spunte, trattini e non rispondere può costringerci a restituirvi i vostri moduli di denuncia o indurci a porvi domande non pertinenti ritardando la valutazione della vostra denuncia

N.B. : Le chiediamo di indicarci le Sue coordinate bancarie internazionali (IBAN e CODICE SWIFT), poichè ogni rimborso avverrà a mezzo bonifico internazionale.

Dettagli personali - Richieste per tutte le denunce di sinistro

Dettagli di	Sig / Sig..ra/	<input type="text"/>	Indirizzo	<input type="text"/>	
	Cognome	<input type="text"/>		<input type="text"/>	
	Nome	<input type="text"/>		<input type="text"/>	
	Data di nascita	<input type="text"/>	CAP	<input type="text"/>	
	N. Inscrizione nazionale	<input type="text"/>	Telefono abitazione	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Nazionalità	<input type="text"/>	E-mail	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	IBAN	<input type="text"/>		<input type="text"/>	
	SWIFT (BIC)	<input type="text"/>		<input type="text"/>	
	Possessore di conto	<input type="text"/>		<input type="text"/>	

Dettagli polizza e viaggio		Tipo e ammontare del sinistro	
Numero polizza	<input type="text"/>	Indennizzo	Euro richieste
Data emissione	<input type="text"/>	Spese mediche all'estero	<input type="text"/>
Data partenza	<input type="text"/>	Spese ospedaliere	<input type="text"/>
Data ritorno	<input type="text"/>	Indennità da convalescenza	<input type="text"/>
No. persone coperte	<input type="text"/>	Cancellazione	<input type="text"/>
Destinazione	<input type="text"/>	Ritardo bagagli	<input type="text"/>
		Perdita/danno/furto bagagli	<input type="text"/>
		Spese legali	<input type="text"/>

Nota importante: Alcuni degli indennizzi dettagliati possono non essere disponibili sulla vostra polizza

E' contrario alla legge presentare, all'assicurazione, una denuncia di sinistro fraudolenta. Se la denuncia di sinistro viene considerata fraudolenta, la stessa sarà respinta e saranno informate le autorità

- Io/Noi con il presente dichiariamo che tutte le informazioni, risposte e i documenti forniti in relazione a questa denuncia sono veri e corretti al meglio delle mie/nostre conoscenze e consapevolezza. Io/Noi non abbiamo omesso alcuna informazione materiale che potrebbe pregiudicare il giudizio degli assicuratori sulla denuncia di sinistro. Confermo che la denuncia o le denunce sono fatte per conto di terzi. Ho la piena autorità per agire per loro conto e confermo che né i Servizi del Centro denunce sinistri di né gli assicuratori accetteranno la responsabilità di qualsiasi pagamento non distribuito proporzionalmente tra le persone interessate.
- Io/Noi accettiamo che le informazioni contenute in questo modulo siano trasmesse o usate dai Servizi del Centro Denunce sinistri di Linkham Services per la mia assicurazione, compresi la sottoscrizione, la valutazione delle denunce e la prevenzione della frode e potrebbero comprendere la trasmissione dei dettagli ad altri agenti o altri assicuratori.
- Io/Noi diamo la mia/nostra autorizzazione ai Servizi del Centro denunce sinistri di Linkham Services di contattare i miei assicuratori per la casa o gli assicuratori medici o altri assicuratori di viaggio per quanto riguarda un contributo.

Ho letto e pienamente compreso le dichiarazioni di cui sopra (devono firmare tutte le persone interessate alla denuncia del sinistro)

Nomi dei dichiaranti	Firma dei dichiaranti	Data di nascita	Data
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>



Motivo della cancellazione - Contrassegnare SOLO una casella

Non medico **Malattia** **Lesione** **Morte**

Documenti che dovete inviare - GLI ORIGINALI CONSERVANDONE UNA COPIA:

1. Polizza di assicurazione e fatture registrazioni volo
2. Se la cancellazione è dovuta a licenziamento chiediamo una lettera del vostro precedente datore di lavoro che confermi che siete stato licenziato e dovete ricevere un pagamento in base alla attuale legislazione sul Pagamento dei licenziamenti, la posizione che avevate e la durata del servizio.
3. Se la cancellazione riguarda motivi medici o la morte, il certificato medico allegato deve essere completato dal medico curante della persona la cui condizione ha portato alla presentazione della denuncia sinistro.
4. Se la cancellazione è dovuta a decesso, vi chiediamo copia del certificato di morte. Inoltre, se il
5. Se questa denuncia viene presentata a seguito di una lesione, fornire la descrizione completa dell'incidente che ha provocato il danno. Se è stata coinvolta una terza parte, fornire i suoi dettagli e quelli del suo assicuratore, se disponibile.
6. Se la cancellazione è dovuta ad un motivo diverso da quelli dettagliati ai punti 3,4 e 5, inviare la prova scritta indipendente della lesione o delle circostanze che hanno indotto la presentazione di una denuncia di sinistro

Fornire una spiegazione scritta se non siete in grado di fornire uno dei documenti richiesti

Rispondere a TUTTE le domande seguenti - SCRIVERE IN STAMPATELLO

1. **Data e momento in cui siete venuto a conoscenza di dover cancellare la vostra vacanza** / /

2. **Se la cancellazione è dovuta ad una persona non registrata per il viaggio, dichiarare il suo nome e il legame con voi**

Nome Legame

3. **Somma totale richiesta**

4. **Nomi e date di nascita di tutti quelli cancellati**

Nomi	Data di nascita

5. **Dettagliare di seguito i motivi della cancellazione (se necessario, continuare su un altro foglio)**

7. Altre assicurazioni

- a. Le spese che dichiarate sono assicurate con un'altra polizza, p.e. Polizza Annuale/carta di credito?
N.B. : Qualora 2 polizze coprono lo stesso rischio è normale procedura versare un contributo

- b. Se si, fornire i seguenti dettagli:

Nome della compagnia	
Indirizzo della compagnia	
Numero della polizza	

8. Frühere Forderungen

- a. In passato avete già presentato denuncia per assicurazione viaggio

- b. Se si, fornire i dettagli:

9. Condizioni di salute

Alla data in cui avete predisposto il vostro viaggio, voi, qualsiasi parente stretto, qualsiasi membro del vostro gruppo o chiunque altro viaggia con voi:

- a. Era a conoscenza di condizione medica o di serie circostanze che avrebbero potuto ragionevolmente far prevedere la presentazione di una denuncia di sinistro?

- b. Voi, qualsiasi parente stretto, o qualsiasi altra persona dalla quale dipendevano i vostri Programmi di viaggio (compresi non familiari)

- i) Vi trovavate in condizioni mediche (o avevate qualche complicanza medica direttamente attribuibile a questa condizione) esaminata da un medico autorizzato negli ultimi 12 mesi?

- ii) In una condizione medica per la quale era stato prescritto un trattamento o una cura medica diversa da quella di un leggero disturbo da parte di un medico autorizzato nei 90 giorni immediatamente precedenti il periodo dell'assicurazione?

- iii) eravate ricoverato in ospedale negli ultimi 12 mesi o in lista di attesa per una operazione, consulto o esame?

- iv) era prevista la nascita prima o entro 8 settimane dalla data di rientro presso l'abitazione?

- v) Viaggiate contro il parere del medico curante, o viaggiate allo scopo di avere una cura medica ?

- vi) vi era stata fatta una prognosi terminale ?

Avete avuto dal vostro medico una lettera riguardante uno qualsiasi dei punti precedenti ? Se si, inviare una copia della lettera.

Se avete risposto sì ad una qualsiasi delle domande precedenti, fornire i dettagli delle condizioni o delle circostanze:
