

**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. Iscrizione 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	
		Indennizzo	Euro richieste
Numero polizza	<input type="text"/>	Spese mediche all'estero	<input type="text"/>
Data emissione	<input type="text"/>	Spese ospedaliere	<input type="text"/>
Data partenza	<input type="text"/>	Indennità da convalescenza	<input type="text"/>
Data ritorno	<input type="text"/>	Cancellazione	<input type="text"/>
No. persone coperte	<input type="text"/>	Ritardo bagagli	<input type="text"/>
Destinazione	<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

1. 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.

2. 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.

3. 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"/>

**LINKHAM
SERVICES**

Il presente certificato deve essere completato dal medico curante della persona la cui malattia/infornio ha dato origine alla denuncia.

Prendere Nota !

- Qualsiasi spesa fatta per completare questo Certificato Medico è di responsabilità dell'assicurato e non rimborsabile in base a questa polizza.
- Rispondere a tutte le domande. Non sono accettate spunte, trattini e spazi lasciati in bianco
- Queste informazioni saranno trattate come Private e Riservate
- Un certificato che non contiene le informazioni specifiche richieste non sarà ritenuto sufficiente

1. Nome completo della persona le cui condizioni hanno dato origine a questa denuncia :

2. Data di nascita:

 / /

3. Lei è il medico curante autorizzato della persona indicata al punto

 SI NO

(a) Se si, da quanto tempo ?

(b) Se no, quale è il suo coinvolgimento in questa denuncia?

4. Dichiarate la natura precisa: delle condizioni mediche/malattia/incidente/causa di morte che ha dato origine alla denuncia

Se il danno o la morte sono causati da incidente, dichiarare come questo è avvenuto

5. In passato il paziente ha sofferto della stessa condizione o simile?

 SI NO

6. (a) Dichiarare la data esatta a cui fa riferimento il punto 4

 / /

(b) Data prima visita.

 / /

(c) Data in cui si sono verificati eventuali peggioramenti.

 / /

Fornire i dettagli di qualsiasi condizione medica comprese quelle che sono considerate preesistenti o in corso che sono state esaminate o curate, per le quali sono stati prescritti farmaci, è stato rimesso il caso ad un consulto o ospedale, o il paziente ha ricevuto cure negli ultimi 24 mesi. Inserire anche i dettagli di qualsiasi condizione per la quale è stato rifiutato il trattamento.

7. La persona è stata assente per motivi di salute? Per quanto tempo?

 SI NO

8. La persona di cui al punto 1 ha avuto una prognosi terminale?

 SI NO

Se si, in quale data è stata fatta la prognosi terminale: (a) alla persona di cui al punto 1

 / /

(b) al dichiarante, se è la stessa persona

 / /

9. Se la denuncia è il risultato di una gravidanza, indicare:

(a) Data confermata della gravidanza

 / /

(b) LMP.

 / /

(c) ECD.

 / /

10. (a) La persona indicata al punto 1, se in viaggio, vi ha consultato prima del suo viaggio sull'opportunità di intraprendere le vacanze o il viaggio. Se si, in quale data.

 SI NO / /

(b) Se è in viaggio, secondo il suo parere, la persona indicata al punto 1, era in grado di viaggiare alla data della partenza ?

 SI NO

11. Siete disposto a certificare che, solamente a causa delle condizioni descritte al punto 4, i dichiaranti sono stati costretti a cancellare il loro viaggio?

 SI NO**Deve essere completato dal medico curante**

Ho visitato la persona indicata al punto 1 e/o consultato le sue cartelle mediche e dichiaro che le informazioni fornite sono corrette e che non è stato omesso alcun dettaglio rilevante.

Nome (Stampatello)

Qualifica

Indirizzo

Timbro studio medico.

Firma

Data