

**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	
		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**



Rif. denuncia

**8a. Avete altre assicurazioni per cure sanitarie privata (p.e. BUPA, PPP), assicurazione infortuni personale o altra assicurazioni viaggio (assicurazione inclusa nella vostra carta di credito)?**

SI

NO

**8b. In caso affermativo, fornite i dettagli di seguito e allegare una copia della polizza**

N. Polizza.

Indirizzo della compagnia di  
assicurazione

Data rinnovo

Compagnia di assicurazione

**9. Avete un modulo (i) E111 del Dipartimento della sanità per il vostro viaggio?**

SI

NO

Avete presentato un risarcimento danni in base a E111 e siete stato rimborsato?

SI

NO

Se si, di quanto siete stato rimborsato? (Allegare la prova del rimborso)

**10. Richieste di risarcimento precedenti**

a. Avete presentato qualsiasi altra richiesta di risarcimento per spese mediche sostenute all'estero?

SI

NO

b. Se si, fornire di seguito i dettagli:

**11. Condizioni di salute**

Nel momento in cui avete organizzato il vostro viaggio, voi, un parente prossimo, un membro del vostro gruppo o chiunque altra persona con la quale viaggiate

A. Era a conoscenza di condizione (i) medica o di serie circostanze che avrebbero potuto dare origine ad una richiesta di risarcimento?

SI

NO

B Voi, qualsiasi parente stretto, o qualsiasi altra persone dalla quale dipendevano i vostri Programmi di viaggi (compresi non familiari):

i) negli ultimi 12 mesi vi trovavate in una condizione medica (o avevate qualsiasi complicanza medica attribuibile direttamente a questa condizione) esaminata da un medico curante autorizzato?

SI

NO

ii) nei 90 giorni immediatamente precedenti il periodo di assicurazione vi trovavate in una condizione medica per la quale erano stati prescritti farmaci o una cura diversa da quelle per un leggero disturbo da parte di un medico autorizzato?

SI

NO

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

SI

NO

iv) Era prevista la nascita prima o entro 8 settimane dalla data di arrivo alla residenza?

SI

NO

v) viaggiavate contro il parere del medico curante, o viaggiavate per sottoporsi ad una cura medica?

SI

NO

vi) vi era stata fatta una prognosi terminale ?

SI

NO

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

SI

NO

Se avete risposto si ad una delle domande precedenti, fornire ulteriori dettagli sulla condizione o circostanza:

**12. Prevedete di ricevere un rimborso o state presentando una richiesta di rimborso?**

SI

NO

Se si, fornire i dettagli su un foglio separato.

**Note Importanti**

i) Qualsiasi deduzione in eccesso applicabile a ciascuna richiesta di risarcimento come dichiarato nei Termini e Condizioni della Polizza deve essere pagata prima che possano essere liquidate le spese dettagliate nel punto 7. Se il pagamento è stato fatto all'ospedale o a medici all'estero, allegare la ricevuta. Altrimenti con il presente modulo deve essere inviata una rimessa pagabile a Linkham Services per la somma in eccesso.

ii) Il pagamento delle spese ammissibili dovrebbe normalmente essere fatto in favore del dichiarante. Se volete che il pagamento sia fatto in favore di qualcun altro, inviare le relative coordinate.

**LINKHAM  
SERVICES**