

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:

OSG
Merrion Hall
Strand Road
Sandymount
Dublin 4
Ireland

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 ALTANTO

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	<input type="checkbox"/>	€	_____
Prenotato autonomamente	<input type="checkbox"/>	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 più 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

Certificato Medico



Codice Postale

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

Si No

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

___ / ___ / ___

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

Si No

Se **Si**

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?

Si No

Se **Si**, 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 e` stato trattato da un altro medico curante in

Si No

Certificato Medico



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

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 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 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 **Si**, 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: