

# 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 Spese Legali



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

Sì  No

Se **Sì**, fornire dettagli:

Numero della carta:

---

Istituto di credito che ha rilasciato la carta:

---

Tipo di Carta (Oro, Platino, Standard):

---

E' stata presentata una richiesta d'indennizzo a una terza parte?

Sì  No

Se **Sì**, fornire dettagli:

---

---

L'assicurato possiede un'altra polizza che potrebbe coprire le circostanze relative alla richiesta indennizzo? Altre polizze, Barclaycard, Amex

Sì  No

Se **Sì**, fornire dettagli:

---

---

---

**Se la richiesta è in relazione ad una lesione**

1. Un quadro delle circostanze che hanno dato luogo all'incidente

---

---

---

# Modulo di Richiesta Indennizzo Spese Legali



2. Se è stata coinvolta una terza parte, nome e indirizzo della terza parte e dettagli dell'assicurazione, se conosciuti

---

---

---

3. Nel caso si stia perseguendo una richiesta per danni contro una terza parte fornire nome e indirizzo di qualsiasi rappresentante legale che sia 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:

---

Codice di Avviamento Bancario:

---

# Modulo di Richiesta Indennizzo Spese Legali



Intestatario Conto:

---

Tipologia del Conto (Corrente, Oro, Platino):

---

**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 di 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: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_