

# 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 Mediche e Interruzione



Scegliere la casella

Malattia

Infortunio

1. Data e ora in cui si è verificata la malattia/infortunio: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_ :\_\_\_\_

2. Paese in cui si è verificata la malattia/infortunio: \_\_\_\_\_

3. Descrizione e diagnosi completa della malattia o dell'infortunio:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

4. Quadro Clinico Precedente

L'assicurato ha già sofferto in passato, prima dell'acquisto della polizza o prima della prenotazione del viaggio, della condizione medica che lo/la ha portato a questa richiesta d'indennizzo?

Si  No

Si prega di chiedere al Medico di famiglia o di base di completare il Certificato Medico allegato alla presente.

5. Dettagli Ospedale/ Clinica nel quale è stato eseguito il trattamento:

Nome: \_\_\_\_\_

Indirizzo: \_\_\_\_\_

Num. di Telefono: (se conosciuto) \_\_\_\_\_

Nome del medico  
curante: (se conosciuto) \_\_\_\_\_

# Modulo di Richiesta Indennizzo Spese Mediche e Interruzione



6. Se si è stati ricoverati completare le seguenti voci:

Data di ricovero: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Data di dimissione: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

L'assicurato ha contattato la Società d'Assistenza Medica (One Assist) come indicato sulla polizza:

Sì  No

Se la risposta è **No**, fornire una spiegazione sul perché la Società d'Assistenza Medica non sia stata contattata:

---

---

Se Sì, confermare la data della prima chiamata: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Persona con la quale si è parlato e numero di riferimento:

Si aveva con sé la propria Tessera Europea di Assicurazione Malattia

Sì  No

(TEAM)? È stata presentata al dottore/Ospedale?:

Sì  No

L'Assicurato possiede Assicurazione Sanitaria Privata (BUPA)?

Sì  No

Se Sì, confermare il nome dell'assicuratore, numero della polizza e indirizzo filiale:

---

---

# Modulo di Richiesta Indennizzo Spese Mediche e Interruzione



Elencare le spese mediche per le quali si richiede l'indennizzo:

Elencare le spese per le quali si richiede l'indennizzo e le cure ricevute	Valuta del pagamento e Importo sostenuto	Ricevuta allegata	Dichiarare a chi effettuare il pagamento
		Sì <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	
		Sì <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	
		Sì <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	
		Sì <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	
		Sì <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	
		Sì <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	
		Sì <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	

Interruzione – Compilare questa sezione SOLO se si è tornati a casa prima della data prevista:

Motivi dell'interruzione:

Malattia  Infortunio  Malattia/infortunio o decesso di un parente  Altro

Motivi dell'Interruzione:

---

---

---



# Modulo di Richiesta Indennizzo Spese Mediche e Interruzione



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

Si  No

Se **Si**, confermare quanto segue:

Numero della carta:

---

Istituto di Credito che ha rilasciato la carta:

---

Tipo di Carta (Oro, Platino, Standard):

---

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

Si  No

Se **Si**, fornire dettagli:

---

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

Si  No

Se **Si**, fornire dettagli:

---

Se la richiesta è in relazione ad un infortunio, confermare quanto segue:

1. Un 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 Spese Mediche e Interruzione



3. Nel caso in cui si stia perseguendo una richiesta per danni contro una terza parte, fornire nome e indirizzo del rappresentante legale 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:

---

Intestatario Conto:

---

Tipologia del Conto (Corrente, Oro, Platino):

---

---

# Modulo di Richiesta Indennizzo Spese Mediche e Interruzione



**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



Far compilare dal Medico Curante Completare con MAIUSCOLE

In caso di Interruzione e Annullamento risultato da infortunio, malattia o decesso, qualsiasi spesa fatta per la compilazione di questo Certificato Medico è sotto la responsabilità dell'assicurato

**Importante:** Si prega il Medico di Famiglia di fornire tutte le informazioni qui richieste per evitare di doverle richiedere in un secondo tempo

1. Nome del paziente:

---

Data di nascita:

\_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

2. Lei è il medico di famiglia del dichiarante?

Sì  No

Se **SI**, da quando?

---

Se **NO**, si prega di fornire i dettagli del Medico Curante del paziente:

---

---

3. Si prega di specificare esattamente la natura della Malattia, Infortunio o la causa del decesso:

---

---

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 è stata diagnosticata questa condizione medica?

\_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

8. Data in cui è stato mandato dallo specialista:

\_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

9. Nome e indirizzo dello specialista/chirurgo

---

# Certificato Medico



---

Codice Postale

---

10. E' possibile stabilire la data di fine della malattia?

Si  No

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

\_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

---

---

11. Nel passato il paziente e' stato precedentemente trattato/curato da Lei in riferimento alla malattia o infortunio menzionata/o nel punto 3a?

Si  No

Se **Si**

a. Precisare la diagnosi della malattia/infortunio precedente.

---

b. Specificare la data in cui è iniziata la malattia/infortunio precedente ed il trattamento medico precedentemente prescritto.

---

c. Il paziente sta ricevendo un trattamento o consultazione medica in riferimento a

questa stessa condizione medica o sta ricevendo una cura medica ad essa collegabile? Si  No

Se **Si**, fornire dettagli:

---

---

d. Si prega di elencare tutte condizioni mediche attive, data di diagnosi e dettagli di medicine:

---

---

# Certificato Medico



12. Si prega di specificare se il paziente sia stato trattato da un altro medico curante in riferimento alla condizione medica menzionata nel punto 3a?

Si  No

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 alcun 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 ed esclusivamente a causa della condizione medica menzionata nel punto 3a?

Si  No

16. Quando era consigliabile che il paziente annullasse il viaggio?

\_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

# Certificato Medico



17. Se le date per risposte 7 e 16 sono diverse chiarire perché:

---

---

---

18. Il paziente è partito contro il parere del medico?

Si  No

Se **SI**, fornire dettagli:

---

---

---

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:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

# Certificato Medico



Numero di Cellulare:

---

---

Email:

---

Timbro Studio Medico: