

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 Responsabilità Personale



5. Elencare le spese per le quali si richiede indennizzo:

Valuta e importo del pagamento:

Ha allegato la ricevuta?

Si No

Dichiarare a chi effettuare il pagamento:

L'assicurato possiede un conto bancario/carta di credito che offra
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 trasmessa una richiesta d'indennizzo ad una terza parte?

Si No

Se **Si**, fornire dettagli:

Modulo di Richiesta Indennizzo Responsabilità Personale



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, 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 della sua assicurazione, se conosciuti

3. Nel caso si stia perseguendo una richiesta per danni contro una terza parte, fornire nome e indirizzo del rappresentante legale nominato ed il numero di riferimento

4. Se nessuna Terza Parte è stata coinvolta, chiarire chi o cosa fosse in torto e perché

Modulo di Richiesta Indennizzo Responsabilità Personale



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:

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)

Modulo di Richiesta Indennizzo Responsabilità Personale



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: ___ / ___ / ___