

Denuncia di sinistro per annullamento del viaggio

Informazioni sui sinistri

Broker assicurativo internazionale Assiconsult

Via Esperanto 1, I-39100 Bolzano

Tel. +39/0471/069 900

E-Mail: info@assiconsult

Numero di polizza

Numero del sinistro

B. Viaggiatori che hanno annullato il viaggio/ interrotto il viaggio

Allegare un ulteriore foglio nel caso siano interessate più di 5 persone

1. Partecipante al viaggio:

Appellativo

Titolo, Nome e Cognome

E-Mail

N.tel.

Via, numero di casa, salita, numero di porta

CAP, Località, Nazione

Data di nascita

2. Partecipante al viaggio:

Appellativo

Titolo, Nome e Cognome

Via, numero di casa, salita, numero di porta

CAP, Località, Nazione

E-Mail

N.tel.

Data di nascita

3. Partecipante al viaggio:

Appellativo

Titolo, Nome e Cognome

Via, numero di casa, salita, numero di porta

CAP, Località, Nazione

E-Mail

N.tel.

Data di nascita

Denuncia di sinistro per annullamento del viaggio

4. Partecipante al viaggio:

Appellativo _____

 Titolo, Nome e Cognome _____

 Via, numero di casa, salita, numero di porta _____

 CAP, Località, Nazione _____

 E-Mail _____

 N.tel. _____ Data di nascita _____

5. Partecipante al viaggio:

Appellativo _____

 Titolo, Nome e Cognome _____

 Via, numero di casa, salita, numero di porta _____

 CAP, Località, Nazione _____

 E-Mail _____

 N.tel. _____ Data di nascita _____

Quando si è verificato il fatto che ha portato all'annullamento/interruzione del viaggio? Data _____

Perché la prenotazione è stata annullata/il viaggio è stato interrotto? Malattia Infortunio Morte
 Gravidanza Altro _____

Persona colpita: Appellativo _____ Nome _____ Cognome _____ Titolo _____
 Data di nascita _____ grado di parentela con i partecipanti? _____

Infortunio: l'infortunio è stato causato da (con) un terzo? No Sì: Allegare la denuncia di infortunio – nome/indirizzo della controparte

Ha un'altra assicurazione di annullamento o una carta di credito? No Sì – quale?

Assicuratore _____ Numero di polizza _____

Titolare della carta

(da compilare a cura di tutti i compagni di viaggio)

Carta n.

Viaggio pagato/ pagato acconto con carta

_____	_____	X	X	X	X	X	X					<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì
_____	_____	X	X	X	X	X	X					<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì
_____	_____	X	X	X	X	X	X					<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì
_____	_____	X	X	X	X	X	X					<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì
_____	_____	X	X	X	X	X	X					<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì

Sono già state avanzate richieste di risarcimento presso altre compagnie di assicurazione?

No Sì – Assicuratore? Nome, indirizzo _____

Queste richieste sono state riconosciute?

No in corso di elaborazione Sì - Ammontare EUR _____ (si prega di allegare documenti)

Denuncia di sinistro per annullamento del viaggio

La prestazione assicurativa a favore:

- dell'ospite
- dell'albergo / del locatore
- acconto al cliente e versamento a saldo all'albergo / al locatore
(indicare le coordinate bancarie del cliente)

Correntista

IBAN

BIC

Per poter verificare i Suoi diritti ci servono i Suoi dati personali. Il trattamento dei dati avviene sulla base dell'art. 6 par. 1 b) RGPD per l'adempimento del contratto assicurativo. Se per la verifica dei Suoi diritti ci servissero anche i dati sanitari, tratteremo tali dati sulla base di un'autorizzazione legale (§§ 11a - 11d VersVG, Legge austriaca sui contratti assicurativi). Per maggiori informazioni sul nostro trattamento dei dati personali consultare la pagina europaeische.at/datenschutz

Siamo costantemente impegnati a soddisfare le esigenze dei nostri clienti cercando sempre di fare meglio. Per questo motivo contattiamo per e-mail alcuni dei nostri clienti dopo il disbrigo del sinistro per conoscere la loro opinione sulla qualità e la soddisfazione dei clienti. I clienti possono rifiutare di essere contattati scrivendo una mail all'indirizzo vertragsmanagement@europaeische.at.

Apponendo la mia firma confermo la correttezza e completezza di quanto da me sopra dichiarato ed esonero il mio medico curante dal segreto professionale, nella misura in cui ciò sia necessario in virtù della mia polizza assicurativa.

Data _____ Firma _____

Denuncia di sinistro PARTE C

Informazioni sui sinistri

Broker assicurativo internazionale Assiconsult

Via Esperanto 1, I-39100 Bolzano

Tel. +39/0471/069 900

E-Mail: info@assiconsult

Numero di polizza _____

Numero del sinistro _____

C. Conferma del medico (da compilare a cura del medico curante)

(da inoltrare a Europäische Reiseversicherung AG)

Compili il modulo seguente in ogni sua parte e correttamente per confermare l'impossibilità a viaggiare a causa di malattia/incidente/gravidanza.

Medico curante

Titolo, Nome e Cognome

Via, numero di casa, salita, numero di porta .

N.tel.

CAP, Località, Nazione

Paziente

Titolo, Nome e Cognome

Via, numero di casa, salita, numero di porta

Data di nascita

CAP, Località, Nazione

Destinazione di viaggio _____

Inizio del viaggio _____

1. Diagnosi esatta (si prega di scrivere in modo leggibile):

Area per la diagnosi esatta.

2. Terapia prescritta:

Area per la terapia prescritta.

3. Quando si è ammalato il paziente? / Quando è occorso l'infortunio? / Quando è stata formulata la diagnosi? Data _____
(in caso di gravidanza: quando è stata accertata la gravidanza)

Ricovero ospedaliero No Sì - dal _____ al _____
Comunicazione di malattia presso l'Assicurazione Sociale No Sì - dal _____ al _____

4. Per il viaggio in oggetto sussiste un'impossibilità di viaggiare per motivi di salute?

No Sì -- Quando è stata riconosciuta per la prima volta l'impossibilità di viaggiare? Data _____

Se l'interessato è un familiare al seguito (coniuge, figli, genitori, fratelli/sorelle):

Quando è stato riconoscibile che erano necessarie delle cure? Data _____

5. Si tratta di una malattia/incidente già sussistente? No Sì

6. Da compilare solo in caso di conseguenze riferibili a malattie o incidenti:

La conseguenza della malattia o dell'incidente si è acuita in modo imprevisto? No Sì

Da quando sussiste la conseguenza della malattia o dell'incidente? Data _____

Negli ultimi 9 mesi / 12 mesi ANTECEDENTI ALLA STIPULA DELL'ASSICURAZIONE il paziente era stato sottoposto a trattamento ospedaliero a causa della patologia diagnosticata di cui sopra? (sono esclusi gli esami di controllo)

No Sì

Negli ultimi 6 mesi ANTECEDENTI ALLA STIPULA DELL'ASSICURAZIONE il paziente era stato sottoposto a cure ambulatoriali a causa della patologia diagnosticata di cui sopra? (sono esclusi gli esami di controllo)

No Sì

Osservazioni varie:

Apponendo la mia firma confermo la correttezza e completezza di quanto da me sopra dichiarato. Io sottoscritto mi impegno a trasmettere a voce ai medici di fiducia dell'assicuratore le informazioni relative alle indicazioni riportate negli attestati in oggetto. L'assicuratore si riserva il diritto di perseguire legalmente dichiarazioni false in conformità all'art. 146 del codice penale austriaco.

Quale medico può fornire le informazioni più valide sull'evento patologico:

nome, indirizzo e numero di telefono del medico

Data, timbro e firma del medico curante