Cover-Direct
Agente assicuratore e
agenzia di pubblicità S.r.l.
Fasangartengasse 14/8
A – 1130 Vienna

Tel. 0043-1-969 08 40 / Fax 0043-1-969 08 41

Denuncia di sinistro per le spese di annullamento viaggio - assicurazione

Domande all'agenzia di viaggi o al partecipante al viaggio:

Nome e cognome del partecipante: _____

Indirizzo del partecipante: _____

Numero di telefono :_____N. di conto e codice bancario: _____

Inizio e termine del viaggio _____Destinazione del viaggio:_____

Nome e numero di rif. del organizzatore del viaggio: _____ _____

Altri partecipanti al viaggio interessati anche dall'annullamento del viaggio (nome, cognome)

1. _____

2. _____

3. _____

Motivo dell'annullamento: _____

Nome e data di nascita del partecipante: _____

Relazioni di parentela con i partecipanti: _____

Tipo di assicurazione annullamento viaggio:

O Assicurazione annullamento viaggio obbligatoria _____

O Le spese che dichiarate sono assicurate con un'altra assicurazione_____ N. di polizza_____

Si prega di allegare a questo modulo la **copia della denuncia di malattia alla previdenza sociale** (oppure il certificato del ricovero ospedaliero), il protocollo dell'incidente oppure certificato di morte ed anche la copia del **calcolo delle spese di annullamento** del organizzatore, documenti necessari per la valutazione del caso riguardando l´annullamento viaggio.

Prendere Nota che le informazioni fornite dal medico curante sono corrette, eventuali reclami posteriori non saranno accettati.

Cover-Direct Agente assicuratore
e agenzia di pubblicità S.r.l.
A-1130 Vienna, Fasangartengasse 14/8
Tel: +43/1/969 08 40, Fax: 01/969 08 41
Iscritta: Tribunale commerciale di
Vienna / FN 196462s

Certificato Medico:

Gentile Dottoressa, Gentile Dottore,

a causa di malattia oppure infortunio del suo paziente viene richiesto il risarcimento in base alla assicurazione annullamento viaggio.
Per la valutazione corretta del caso di sinistro si prega di rispondere a tutte le domande seguenti.
L'Assicurato è tenuto, a norma delle Condizioni di assicurazione, a esonerare il medico curante dall'obbligo del segreto professionale.
Qualsiasi spesa fatta per completare questo Certificato Medico è di responsabilità dell'assicurato e non rimborsabile.

La ringraziamo della Sua cooperazione!

Nome del paziente:_____

Data di nascita: _____

La diagnosi precisa (p.f. in modo leggibile): _____

Dichiarare la data esatta delle condizioni mediche? _____

Trattasi di una malattia imprevista ? _____

Trattasi di un peggioramento di una malattia preesistente? _____

Questa malattia è da ritenere grave sotto il profilo medico / con pericolo di vita? _____

Data prima visita ? _____

Trattasi di una malattia cronica ? _____

A motivo della diagnosi il paziente era sottoposto a trattamento ospedaliero ? _____

Il paziente verrà prenotato per la visita di controllo ? _____

Si prega di allegare una copia della denuncia di malattia alla previdenza sociale

Con la mia firma confermo che la persona indicata non è in grado di viaggiare alla destinazione _____ data della partenza _____e
confermo la correttezza e la completezza dei dati forniti in questo modulo.
Mi impegno a fornire informazioni sulle indicazioni riportate nel certificato medico ai medici di fiducia dell' Assicuratore.
Qualora siano forniti dati falsi l'Assicuratore si riserva il diritto di perseguire legalmente ogni violazione ed abuso.

_____ _____
Data Timbro studio medico

Cover-Direct Agente assicuratore e agenzia di pubblicità S.r.l.
A-1130 Vienna, Fasangartengasse 14/8
Tel: +43/1/969 08 40, Fax: 01/969 08 41
Iscritta: Tribunale commerciale di Vienna / FN 196462s