

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

Modulo denuncia sinistro - Rimborso spese mediche

Si prega di allegare tutte le ricevute, ricette, fatture mediche o ospedaliere in originale

- **in caso di rimborso parziale da parte di altre società assicuratrici allegare copia della notifica di rimborso**
 - **copia della Polizza o di documento comprovante la stipula del contratto assicurativo**
-

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

Nome e cognome del partecipante: _____

Indirizzo del partecipante: _____

Numero di telefono : _____ Email: _____

N. di conto IBAN / BIC: _____

Inizio e termine del viaggio _____ Destinazione del viaggio: _____

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

Informazioni sinistro

Descrizione spese sostenute: _____

Si prega di allegare tutte le ricevute, ricette, fatture mediche o ospedaliere in originale (in caso di rimborso parziale da parte di altre società assicuratrici allegare copia della notifica di rimborso)

Quando si è ammalato/quando si è verificato l'incidento? Data _____

Descrizione dettagliata dei sintomi e del decorso della malattia (compresa diagnosi medica)

Quando ha avvertito i primi disturbi e quando sono state effettuate le prime cure e da chi?

Ha notificato il sinistro telefonicamente dal luogo di soggiorno, alla nostra centrale operativa?
In caso negativo indicare il motivo _____

Ha già ricevuto un rimborso parziale delle spese mediche/ospedaliere sostenute?

Dispone di una carta di credito che offre forme di copertura assicurativa viaggi
(malattia, assistenza, bagagli)? _____
(in caso affermativo indicarne gli estremi (numero di carta di credito))

Informazione Importante:

Si prega di allegare la copia della notifica di rimborso da parte dell'assicurazione sanitaria pubblica

Io sottoscritto autorizzo Cover Direct ad acquisire tutte le informazioni necessarie riguardanti infermità e /o menomazioni causate da infortunio, sia passate che presenti, a proposito della mia persona, presso medici curanti, ospedali e Aziende Sanitarie Locali e sciogliendo a tal fine gli stessi dal segreto professionale.

Dichiarazione

Io sottoscritto assicuro che le informazioni da me fornite corrispondono alla verità e sono consapevole del fatto che indicazioni false o non corrispondenti al vero potranno avere come conseguenza la perdita della copertura assicurativa.

Luogo Data

Firma dell'Assicurato