

## Modulo per il rimborso delle spese mediche

**Da spedire via mail** all'indirizzo sinistri.travel@axa-assistance.com **Oppure inviare a** Inter Partner Assistance S.A. - Rappresentanza Generale per l'Italia

Travel - Ufficio Sinistri - Casella postale 20175, Via Eroi di Cefalonia 00128 Spinaceto - Roma

La gestione delle prestazioni è stata affidata da AXA Assicurazioni S.p.A. a Inter Partner Assistance S.A. – Rappr. Gen per l'Italia

Dati generali dell'Assicurato		
Numero Polizza		
Cognome e Nome	Codice fiscale	
Nato il A	Luogo di residenza	
Indirizzo, Cap, Prov.	E-mail	
Recapito telefonico ufficio	Recapito telefonico abitazione	Cell.
Dati del Conto Corrente		
Intestazione		
Banca	IBAN	
Filiale (indirizzo)	e-mail	
Dati sinistro  Destinazione, data di inizio e fine viaggio		
Data, ora e luogo del sinistro  Dinamica del sinistro		
Dinamica dei sinistro		
Data insorgenza malattia, diagnosi  Ha mai contattato la Struttura Organizzativa al m	omento dell'evento? No \( \si \) Se s	sì, specificare la data
		ii, specificare la data
Eventuali Partecipanti Assicurati coinvolti r		
n°1 - Cognome e Nome	Codice	
n°2 - Cognome e Nome	Codice fiscale	
n°3 - Cognome e Nome	Codice fiscale	
n°4 - Cognome e Nome n°5 - Cognome e Nome	Codice:	
n°5 - Cognome e Nome  Codice fiscale  Coperture Assicurative: Spese mediche in viaggio  Allegare la documentazione in originale delle spese sostenute. Numero allegati:		
Possesso di ulteriori Polizze assicurative che gara Se SÌ indicare i dati di tali Polizze (numero, nome		e massimale previsto in polizza)
lo sottoscritto assicuro che le informazioni e i dat dichiarazioni false, pur se non decisive al fine di s assicurativa.		
Luogo e data	L'Assicurato/Beneficiario	