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

Data insorgenza malattia, diagnosi

Ha mai contattato la Struttura Organizzativa al momento dell'evento? No ☐ Sì ☐ Se sì, specificare la data

Eventuali Partecipanti Assicurati coinvolti nel sinistro

n°1 - Cognome e Nome — Codice fiscale

n°2 - Cognome e Nome — Codice fiscale

n°3 - Cognome e Nome — Codice fiscale

n°4 - Cognome e Nome — Codice fiscale

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 garantiscono l'evento **SÌ** ☐ **NO** ☐
Se SÌ indicare i dati di tali Polizze (numero, nome, indirizzo della Compagnia, importo rimborsato e massimale previsto in polizza)

Io sottoscritto assicuro che le informazioni e i dati da me forniti corrispondono alla verità. Sono consapevole del fatto che omissioni intenzionali o dichiarazioni false, pur se non decisive al fine di stabilire la responsabilità e/o l'ammontare del danno, possono portare alla perdita della copertura assicurativa.

Luogo e data — L'Assicurato/Beneficiario