

Modulo di richiesta Rimborso Spese Mediche

LA INVITIAMO A RISPONDERE A TUTTE LE DOMANDE E A RESTITUIRE IL MODULO A UNO DEGLI INDIRIZZI INDICATI DI SEGUITO. COMPILI IN STAMPATELLO E CON INCHIOSTRO NERO. LA COMPILAZIONE ERRATA O PARZIALE DEL MODULO POTREBBE RITARDARE O IMPEDIRE L'ELABORAZIONE DELLA SUA RICHIESTA.

INTER PARTNER ASSISTANCE S.A., CASELLA POSTALE N. 230, UP MILANO CENTRO, VIA CORDUSIO 4, 20123 MILANO OPPURE coverwise.sinistri@axa-travel-insurance.com

- ✓ I CAMPI CONTRASSEGNA TI DA (*) SONO OBBLIGATORI
- ✓ LA MANCATA E/O ERRATA COMPILAZIONE DEL MODULO PUÒ COMPROMETTERE LA VALUTAZIONE DEL SINISTRO.
- ✓ OGNI ASSICURATO DOVRÀ PROVVEDERE ALLA COMPILAZIONE DEL PROPRIO MODULO DI DENUNCIA.

Ha già contattato la Centrale Operativa?*

Sì No

Se sì, indichi il numero di sinistro fornito

Numero di polizza*

Nome*

Cognome*

Data di nascita*

Codice Fiscale*

Telefono/
Cellulare*

Email*

Indirizzo*

Operatore turistico
(Agenzia
viaggi/Tour
Operator/Compagn
ia Aerea/Sito
web/ecc...)

Data di
prenotazione
del viaggio *

Destinazione*

Data partenza*

Data
ritorno*

Numero totale
di giorni*

Numero totale dei
viaggiatori*

Numero totale delle persone
coinvolte nel sinistro



Modulo di richiesta Rimborso Spese Mediche

Nominativo passeggeri coinvolti*	Relazione con il titolare*	Data di nascita*
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI (ART. 13 D. LGS. 196/2003)

I dati da Lei forniti sono necessari per erogarLe la prestazione richiesta e saranno a tal fine utilizzati, anche con l'ausilio di strumenti elettronici e con modalità a ciò strettamente connesse, dal personale incaricato di Inter Partner Assistance SA – Sede secondaria per l'Irlanda (titolare del trattamento, con sede in 10-11 Mary Street, Dublino 1, Irlanda), nonché da terzi fornitori del servizio chiamati ad intervenire.

In qualunque momento, Lei potrà richiedere ogni ulteriore informazione in proposito ed anche per accedere ai Suoi dati od eventualmente esercitare gli altri diritti previsti dalla normativa sulla privacy (art. 7 del d.lgs. 196/2003).

Per ulteriori informazioni su come utilizziamo i suoi dati, la invitiamo a consultare la nostra Informativa sulla privacy: www.axa-assistance.com/en.privacypolicy.

Data*

Firma*

Modulo di richiesta Rimborso Spese Mediche

1. La sua richiesta è dovuta a: *

INFORTUNIO MALATTIA

SE STA INVIANDO UNA RICHIESTA PER MALATTIA, VERIFICHI CHE I CERTIFICATI MEDICI ALLEGATI SIANO COMPLETI.

2. Specifichi Paese e città in cui è avvenuto l'incidente:*

3. Fornisca la data e l'ora approssimative locali dell'incidente:*

4. Specifichi le condizioni mediche per le quali ha ricevuto cure:*

5. Ha ricevuto in precedenza un consulto/trattamento medico relativamente alla condizione medica specificata al punto 4 prima della data e dell'ora locale menzionate al precedente punto 3?*

Sì

No

6. Descriva in maniera completa l'accaduto (dettagli relativi alla malattia o all'incidente subito:dinamica dell'incidente)*. Continui su un altro foglio, se necessario.

7. Se ha subito lesioni, erano presenti testimoni?*

Sì

No

7a. Se ha risposto in modo affermativo alla domanda 7, completi i seguenti campi e fornisca tutte le prove documentarie/i referti a sostegno della sua affermazione:*

NOME E COGNOME

CONTATTO

Modulo di richiesta Rimborso Spese Mediche

8. Se ha riportato una lesione, considera qualcuno responsabile dell'incidente?*

Sì

No

9. Se ha risposto in modo affermativo alla domanda 8, completi i seguenti campi e fornisca tutte le prove documentate referti a sostegno della sua affermazione:*

NOME E COGNOME

CONTATTO

10. Se ha risposto in modo affermativo alla precedente domanda 8., ha nominato un avvocato?*

Sì

No

Fornisca le informazioni relative all'avvocato:

Nome

Cognome

Recapito telefonico

11. Fornisca il nome e l'indirizzo della struttura presso la quale ha ricevuto il trattamento:*

--

12. Se è stato ricoverato, completi i seguenti campi:

Numero totale giorni di degenza*

Data e ora del ricovero*

Data e ora della dimissione*

Modulo di richiesta Rimborso Spese Mediche

12a. La struttura ospedaliera che l'ha curata era pubblica o privata?*

PUBBLICA

PRIVATA

NON SO

12b. Ha fornito una tessera europea di assicurazione malattia (TEAM) valida?*

Sì

No

12c. Se ha risposto in modo affermativo alla domanda **12b**, la struttura medica ha accettato la TEAM?*

Sì

No

13. Ha contattato AXA Assistance?*

Sì

No

In caso affermativo, specifichi

la data della prima chiamata*

il nome della persona con cui ha parlato*

e il numero di riferimento assegnatole*

Se non ha contattato AXA Assistance, ne indichi le ragioni per iscritto.*

Modulo di richiesta Rimborso Spese Mediche

14. Elenchi le spese mediche che ha dovuto sostenere, specificando in modo chiaro se le ha già pagate o se non sono ancora state saldate.*

NUMERO RICEVUTA	DATA	DESCRIZIONE SPESA	NOME DEL FORNITORE DEL SERVIZIO	IMPORTO (VALUTA LOCALE)	TASSO DI CAMBIO	IMPORTO € (SE NOTO)	PAGATO S/N

15. Prevede o ha intenzione di inviare ulteriori moduli, documenti, ricevute o scontrini per questa richiesta?*

- Sì
No

In caso affermativo, ne fornisca i dettagli qui di seguito.

16. IMPORTANTE

Le ricordiamo che se per il medesimo rischio sono contratte separatamente più assicurazioni presso diversi assicuratori, l'assicurato deve dare avviso di tutte le assicurazioni a ciascun assicuratore.

II. Se l'assicurato omette dolosamente di dare l'avviso, gli assicuratori non sono tenuti a pagare l'indennità.

III. Nel caso di sinistro, l'assicurato deve darne avviso a tutti gli assicuratori a norma dell'articolo 1913 CC, indicando a ciascuno il nome degli altri. L'assicurato può chiedere a ciascun assicuratore l'indennità dovuta secondo il rispettivo contratto, purché le somme complessivamente riscosse non superino l'ammontare del danno. (art.1910 codice civile)

Se il valore finale della sua richiesta di rimborso è inferiore a €75,00 (al netto di ogni franchigia applicabile come riportato nelle Condizioni di polizza), vada alla domanda 16.

Modulo di richiesta Rimborso Spese Mediche

QUESTIONARIO ANAMNESTICO* (da compilare in tutte le sue parti)

Questo certificato deve essere completato dal **Medico di Medicina Generale** – o Medico di Famiglia – presso cui è registrato l'Assicurato.

NB – Qualsiasi spesa incorsa per il completamento del Certificato Medico è di responsabilità dell'Assicurato e non verrà rimborsata dall'assicurazione.

Prima di consegnare questo Questionario Anamnestico al proprio Medico di Medicina Generale, l'**Assicurato** deve completare le domande 1a, 1b, 1c e 1d. La mancata notifica di queste informazioni al proprio **Medico di Medicina Generale** può risultare in un ritardo nell'elaborazione della denuncia.

1a Data di prenotazione del viaggio*

1b Data di acquisto dell'assicurazione viaggio*

1c Fornisca il nome intero e la data di nascita della persona la cui condizione ha determinato la denuncia*

1d La persona di cui sopra alla domanda 1c

a) è nominata sulla polizza di assicurazione viaggio Coverwise?*

Sì

No

b) deve viaggiare con la persona nominata sulla polizza di assicurazione viaggio Coverwise?*

Sì

No

PER IL MEDICO DI MEDICINA GENERALE

Prima di completare questo certificato, si accerti che le domande 1a, 1b, 1c e 1d siano state completate.

La invitiamo a fornire delle risposte complete alle domande sottostanti in quanto la mancata compilazione potrebbe determinare la non accettazione del certificato stesso.

2. Lei è il Medico di Medicina Generale presso il quale è registrata la persona nominata in 1c?*

Sì

No

2a. Se sì, per quanto tempo? Fornisca il numero di anni e mesi:*

Modulo di richiesta Rimborso Spese Mediche

2b. Se la Sua risposta è no, fornisca indicazioni dettagliate circa il Suo coinvolgimento nel caso e confermi di avere accesso alla completa storia clinica dei pazienti*

3. Al momento dell'acquisto dell'assicurazione (punto 1b di sopra), il paziente:

- a) era in attesa di ricevere una diagnosi, operazione, trattamento, analisi o esame per qualsiasi condizione medica; oppure
- b) aveva palesato sintomi che aveva poi successivamente discusso con Lei o con un altro Medico di Medicina Generale

Sì*

No*

Se sì, fornisca i dettagli completi, comprensivi delle date di inizio:*

4. Per i 2 anni antecedenti l'acquisto della polizza di assicurazione viaggio (punto 1b di sopra), fornisca i dettagli per:

- a) Tutte le occasioni in cui furono prescritti dei medicinali e la condizione medica per la quale furono prescritti ;* e
- b) Tutti i trattamenti (incluso operazioni, esami e analisi) ricevuti.*

Includa le date ed i dettagli dei medicinali prescritti e del trattamento:*

5. Specifici la natura precisa della condizione medica, malattia o infortunio che ha determinato la denuncia. Per favore, inserisca la data in cui sono iniziati i sintomi (per gli infortuni, fornisca la data e la causa):*

Modulo di richiesta Rimborso Spese Mediche

6. Fornisca la data precisa in cui Lei, o un altro Medico di Medicina Generale, è stato consultato per la prima volta in relazione alla condizione medica, malattia o infortunio di cui alla domanda 5:*

7. Il paziente ha sofferto della stessa condizione medica, una similare o una correlata nei 2 anni antecedenti l'acquisto della polizza di assicurazione viaggio (punto 1b di sopra)?*

- Sì
No

8. Il paziente nominato di sopra al punto 1c ha ricevuto una prognosi terminale?*

- Sì
No

8a. Se sì, fornisca la data in cui la prognosi terminale è stata data a:

a) La persona nominata di sopra al punto 1c

b) Il ricorrente (se diverso)

9. la denuncia è stata determinata da una gravidanza?*

- Sì
No

9a. Se sì, per favore confermi:

a) Data in cui la gravidanza è stata confermata

b) Data delle ultime mestruazioni

c) Data prevista per il parto

Modulo di richiesta Rimborso Spese Mediche

10. La persona nominata al punto 1c di sopra ha consultato Lei o un altro Medico di Medicina Generale prima di programmare il viaggio relativamente all'opportunità di viaggiare o andare in vacanza? *

- Sì
No
Non viaggia

10a. Se sì:

a) Quando è avvenuta la consultazione?

b) Conferma che il paziente era in condizione di viaggiare? Sì No

11. La persona nominata al punto 1c di sopra soffreva di qualche condizione medica, malattia o infortunio al momento dell'acquisto dell'assicurazione?*

- Sì
No

12. SOLO PER LE DENUNCE DI ANNULLAMENTO – Confermi la data e l'orario in cui il/i paziente/i rappresentante/i ha/hanno chiamato l'ambulatorio per richiedere un appuntamento per la condizione medica/infortunio che ha determinato l'annullamento del viaggio*

13. SOLO PER LE DENUNCE DI ANNULLAMENTO – Confermi la data in cui ha evidenziato la necessità di cancellare i programmi di viaggio*

14. SOLO PER LE DENUNCE DI ANNULLAMENTO – E' preparato a certificare che il/i ricorrente/i è/sono stato/i costretto/i ad annullare i propri programmi di viaggio solamente ed esclusivamente a causa della condizione descritta al punto 5 di sopra?*

- Sì
No

DA ESSERE COMPLETATO DA PARTE DEL MEDICO DI MEDICINA GENERALE

Dopo aver esaminato la persona nominata al punto 1c e consultato la loro cartella clinica, dichiaro che le informazioni fornite sono chiare e che non è stato omesso nessun dettaglio rilevante per il caso.

Nome (in stampatello)*

Indirizzo*

Firma* Data* TIMBRO DELL'AMBULATORIO*

Modulo di richiesta Rimborso Spese Mediche

DOCUMENTI DA FORNIRE

Perchè la domanda di rimborso possa essere presa in considerazione sarà necessario presentare questo modulo insieme a TUTTA la documentazione elencata di seguito.

Si prega di notare che qualora il modulo o la documentazione inviati dovessero risultare incompleti, non sarà possibile valutare nè procedere all'eventuale liquidazione e la Società si riserva il diritto di annullare la Polizza, rifiutarsi di gestire la denuncia o ridurre l'ammontare del pagamento dovuto.

In caso di richiesta di Rimborso delle Spese Mediche, l'Assicurato dovrà fornire:

- numero di polizza;
- ricevuta di pagamento del viaggio con l'intero itinerario e qualsiasi biglietto non utilizzato. In caso di viaggi che utilizzano biglietti di sola andata o aperti, sarà necessario fornire sia il biglietto di andata che quello di ritorno;
- dati anagrafici e codice fiscale del destinatario del pagamento (ai sensi della legge n.248 del 4 agosto 2006);
- nome e indirizzo della Banca, codice IBAN, codice SWIFT nel caso di conto corrente estero;
- nome del titolare del conto corrente se differente dall'intestatario della pratica;
- luogo, giorno ed ora dell'evento nonché le circostanze e le cause che lo hanno determinato

Fornendo altresì (in aggiunta a quanto sopra):

- documentazione medica redatta in loco (cartella clinica, verbale di pronto soccorso, certificato medico riportante la diagnosi e tutti i trattamenti medici e le medicine prescritte) e le relative ricevute delle spese mediche sostenute in originale;
- questionario anamnestico dell'Assicurato relativo agli ultimi 2 (due) anni.**

**** Importante: si rende noto che le eventuali spese per il questionario anamnestico dell'Assicurato relativo agli ultimi due anni sarà totalmente a carico dell'Assicurato e NON sarà rimborsato.**

Modulo di richiesta Rimborso Spese Mediche

CONSIGLI E SUGGERIMENTI GENERALI:

Di seguito alcuni consigli generali che aiuteranno la denuncia a essere processata il prima possibile.

Spieghi il più possibile:

Includa più dettagli possibili per far sì che siamo portati a conoscenza di quello che è accaduto al momento dell'incidente e per cosa esattamente sta facendo la denuncia.

Più informazioni possibili:

Se ha bisogno di aggiungere ulteriori informazioni e non c'è abbastanza spazio sul modulo di denuncia, per favore continui su un altro foglio.

Ci invii sempre tutte le pagine del modulo di denuncia completate:

Tutte le pagine ci devono essere inviate con tutte le informazioni richieste, indipendentemente dal fatto che le si ritengano rilevanti o meno.

Conservi le copie:

Sarebbe buona norma conservare una copia di tutti i documenti inviati.

Faccia elenchi e metta riferimenti:

Quando è appropriato, le suggeriremmo di usare riferimenti numerici su certi documenti, come ad esempio le ricevute. Questo agevolerà la valutazione della denuncia e ridurrà il rischio di vedersi richiedere ulteriori chiarimenti, cosa che rallenterebbe l'elaborazione della denuncia.

Si assicuri che tutti i documenti siano inviati insieme al modulo di denuncia:

Prima di inviarci il modulo di denuncia, si accerti che siano inclusi tutti i documenti e i dettagli addizionali richiesti. Se abbiamo chiesto determinati documenti, significa che ne abbiamo bisogno e se vengono allegati la prima volta, non dovremo ricontattarla per richiederli di nuovo. Questo agevolerà certamente l'elaborazione della denuncia.

Non invii copie della documentazione di polizza:

Non è necessario inviarci con il modulo le condizioni della polizza, dal momento che abbiamo già questi documenti.

Tutte le spese sono a Suo carico:

Per favore ricordi che tutte le spese per ottenere le informazioni richieste non sono rimborsabili dal momento che è responsabilità della persona assicurata fornirle.

Nota:

Tutte le informazioni fornite vogliono essere soltanto una guida per aiutarla e tutte le denunce sono interamente liquidate secondo le condizioni evidenziate nel Fascicolo Informativo come stabilito dall'assicuratore. Pertanto, in quanto incaricati delle denunce, non abbiamo nessuna discrezione a questo riguardo.

Modulo di richiesta Rimborso Spese Mediche

PER TUTTE LE DENUNCE

EVIDENZA DI ASSICURAZIONE

D: 'Che cos'è?'

R: In quanto incaricati delle denunce, non sempre abbiamo accesso ai dettagli della Sua copertura assicurativa. Abbiamo pertanto bisogno di un'evidenza della Sua copertura assicurativa per sapere chi ne è coperto e il periodo per il quale è coperto. Se ha una polizza annuale, accetteremo una fotocopia della conferma ricevuta mentre a Lei rimarrà l'originale.

D: 'Dove la posso trovare?'

R: Potrebbe essere un certificato separato/ricevuta di conferma/certificato di assicurazione o potrebbe semplicemente apparire sulla fattura di prenotazione del viaggio che mostra il premio pagato e le persone incluse nella polizza. Se non ne è in possesso o l'ha perso, è Sua responsabilità ottenerne una copia; sfortunatamente noi non possiamo farlo al Suo posto.

EVIDENZA DI VIAGGIO

D: 'Perché è necessaria?'

R: Ne abbiamo bisogno per una delle seguenti ragioni:

- i. Per accertarci che l'incidente denunciato sia avvenuto nel periodo di validità dell'assicurazione.
- ii. Per accertarci che la Sua vacanza/il Suo viaggio non superino i giorni permessi dalla polizza.
- iii. Per mostrare il costo della/del vacanza/viaggio per persona e la ripartizione dei costi, dal momento che ci potrebbero essere dei costi non coperti.

Questa evidenza potrebbe essere una fattura di prenotazione fornita dall'agenzia di viaggio, dal tour operator, dal proprietario dell'alloggio o dal trasportatore o potrebbe essere un biglietto aereo che Lei non ha usato se non ha viaggiato. Se ha prenotato il Suo viaggio tramite un'agenzia di viaggio, avremo bisogno della conferma della prenotazione da parte sia dell'agenzia che del tour operator; pertanto se le possiede entrambe, La inviteremo a inviarcele.