



Modulo di Risarcimento Viaggio

Per aiutarci a elaborare rapidamente il tuo reclamo, ti preghiamo di seguire le seguenti linee guida:

1. Compilare un singolo modulo di richiesta per ciascun reclamo e per ogni persona assicurata.
2. Se si inoltra un reclamo a seguito di un incidente o infortunio, compilare integralmente le sezioni A, B, H e I.
3. Se si inoltra un reclamo per un incidente non medico o per la perdita del bagaglio personale, compilare le sezioni A e D-H secondo necessità.
4. Se si inoltra una richiesta di incidente personale, compilare le sezioni A, C, H e I.
5. Si prega di inviare questo modulo compilato all'ufficio amministrazione reclami di GBG, International Claims Services (ICS), con TUTTE le ricevute originali relative al reclamo, oltre alla prova di viaggio (ad esempio, conferma via email del viaggio, ricevute di prenotazione, biglietti). Le comunicazioni DEVONO essere ricevute da GBG entro 90 GIORNI dalla data dello smarrimento o dall'inizio del trattamento.

A. DATI DELL'ASSICURATO PRIMARIO	
Nome (Cognome, Nome):	Numero di Polizza:
Indirizzo:	
Codice Postale/CAP:	Numero di Telefono:
E-mail:	Fax:
Valuta della Polizza: <input type="checkbox"/> US\$ <input type="checkbox"/> € <input type="checkbox"/> GB£	La valuta dei rimborsi massimi e della franchigia della polizza è determinata dalla valuta con cui è stata acquistata la polizza di Viaggio.
DATI DEL RICHIEDENTE (se diverso da quello sopra)	
Nome (Cognome, Nome):	
Indirizzo:	
Codice Postale/CAP:	Numero di Telefono:
Professione:	
Lo scopo del viaggio era:	<input type="checkbox"/> Personale <input type="checkbox"/> Lavoro
Date del viaggio (MM/GG/AA):	Dal: Al:
Il reclamo deriva da un incidente?	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
DICHIARAZIONE	
<p>Ai fini della protezione dei dati personali, sono/siamo consapevole/i che tutti i dati personali forniti da me/noi a seguito del presente reclamo verranno conservati e trattati per l'amministrazione assicurativa e l'indagine sui sinistri. A tale scopo, le informazioni possono essere trasmesse anche a terze parti e riassicuratori selezionati. Io/Noi acconsentiamo al trattamento dei dati sensibili che riguardano me/noi e altre persone eventualmente assicurate ai sensi del contratto. Ho/Abbiamo compreso che tutti i dati personali forniti da me/noi devono essere accurati e ho/abbiamo il consenso specifico di eventuali altre persone assicurate a rivelare i loro dati personali.</p> <p>Io/Noi acconsentiamo all'inchiesta di informazioni di altri assicuratori, agenzie di credito e altre agenzie informative per verificare le risposte che ho/abbiamo fornito e autorizzeremo la divulgazione di tali informazioni. Io/Noi dichiariamo che Io/Noi trasferiamo definitivamente tutti i diritti di surroga e recupero all'Assicuratore e/o al Liquidatore. Si prega di notare che abbiamo il diritto di recupero e che eserciteremo tale diritto laddove applicabile.</p> <p>Io/Noi dichiariamo che, per quanto a nostra conoscenza, le informazioni presentate in questo modulo sono corrette e complete.</p>	
Persona Assicurata	Assicurato primario
Nome:	Nome:
Firma:	Firma:
Digitando il mio nome su questo foglio, sto firmando elettronicamente e questa firma elettronica è legalmente equivalente alla mia firma autografa manuale.	Digitando il mio nome su questo foglio, sto firmando elettronicamente e questa firma elettronica è legalmente equivalente alla mia firma autografa manuale.
Data:	Data:



B. RIMBORSO SPESE MEDICHE E CURE OSPEDALIERE

Natura malattia/infortunio:

Data malattia/infortunio (MM/GG/AA):

Periodo malattia/infortunio:

Luogo malattia/infortunio:

Si prega di fornire una descrizione dettagliata di come è avvenuto l'infortunio:

Nome del medico/specialista curante di famiglia dell'infortunato (anche se non consultato):

Indirizzo del medico/specialista curante di famiglia:

Numero di Telefono:

Numero di Fax:

Email:

Nome e indirizzo del medico/i e/o ospedale/i da cui è stato ricevuto il trattamento:

Se il trattamento è stato fatto tramite ricovero in ospedale si prega di confermare le date:

E' stato contattato il Servizio di Assistenza di Emergenza:

Sì

No

Se no, si prega di specificare la motivazione:

La Persona Assicurata era incinta:

Sì

No

Se sì, di quante settimane?

Se la Persona Assicurata si è ammalata, ha mai sofferto di questo male prima:

Sì

No

Se sì, si prega di fornire maggiori dettagli:

La Persona Assicurata ha un'Assicurazione Medica Privata:

Sì

No

In tal caso, si prega di indicare i dati dell'Assicuratore, compresi il nome, l'indirizzo ed il numero di polizza:

RISERVATO AI CITTADINI EUROPEI

TEAM (Tessera Europea Assicurazione Malattia) per il viaggio: Sì No

E' stata presentata all'ospedale/dottore? Sì No



C. INCIDENTE PERSONALE
Quando è avvenuto l'incidente o (in caso di morte) il decesso?
Si prega di fornire dettagli sulla natura del danno o il modo in cui è avvenuto il decesso:
L'incidente o la causa di decesso deriva da cause naturali?: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Se sì, si prega di fornire ulteriori dettagli:
Nel caso di decesso, bisogna ottenere un Certificato di Morte rilasciato da un'autorità ufficiale, trasmettendone copia originale all'International Claims Services.

D. CANCELLAZIONE O DECURTAMENTO Il rimborso per Cancellazione / Decurtamento è soggetto a franchigia per evento. Si prega di fare riferimento alla propria polizza per l'importo della franchigia.
Quando è stato prenotato il viaggio (MM/GG/AA):
Quando è stato cancellato/decurtato il viaggio (MM/GG/AA):
Si prega di fornire una spiegazione dettagliata sul motivo della cancellazione/decurtamento del viaggio:
Se la cancellazione non è dovuta al viaggiatore, si prega di confermare il nome della persona che ha causato la cancellazione del viaggio e il suo rapporto con la/e persona/e in viaggio:
Se il viaggio è stato decurtato, è stato contattato il Servizio di Assistenza di Emergenza? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Sono state sostenute spese aggiuntive? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Se sì, si prega di fornire i dettagli di seguito e di inviare tutte le fatture/ricevute allegate a questo modulo di richiesta:
Si prega di confermare a chi deve essere corrisposto il rimborso:

ULTERIORI DOCUMENTI RICHIESTI
Se il viaggio è stato annullato a causa di infortunio/malattia della persona che viaggia, è richiesta conferma scritta da parte del medico generico che l'Assicurato non è stato in grado di viaggiare.
Se il viaggio è stato annullato a causa di infortunio/malattia di un terzo, è richiesta conferma scritta da parte del medico generico del soggetto terzo che confermi l'infortunio/malattia.
Si prega di fornire inoltre: - Documentazione a supporto dell'annullamento del viaggio per qualsiasi altro fattore non descritto sopra. - Ricevuta di prenotazione originale. - Ricevuta di annullamento comprovante le spese sostenute.



E. RITARDO DEL VIAGGIO / MANCATA PARTENZA	
Motivo del ritardo di viaggio/mancata partenza:	
RITARDO DI VIAGGIO	
Data e ora di partenza previste:	
Numero/Riferimento Volo/Traghetto/Altro Trasporto:	
Data e ora di partenza effettive:	
Numero/Riferimento Volo/Traghetto/Altro Trasporto:	
Ammontare ore di ritardo:	
Compagnia del Volo/Traghetto/Altro Trasporto:	
MANCATA PARTENZA	
Luogo di partenza:	Luogo coincidenza persa:
Mezzo di trasporto utilizzato per arrivare al luogo di partenza:	
Si prega di confermare come è proseguito il viaggio:	
Importo richiesto a rimborso:	

F. BAGAGLIO, EFFETTI PERSONALI, SOLDI E DOCUMENTI		
Il rimborso per smarrimento/furto del bagaglio è soggetto a una franchigia per evento. Si prega di fare riferimento alla propria polizza per l'importo della franchigia.		
Data smarrimento/furto (MM/GG/AA):	Ora:	
Si prega di fornire una descrizione dettagliata di come si è verificato lo smarrimento/furto, incluso il luogo:		
Si prega di confermare quando è stato denunciato lo smarrimento/furto e a quale autorità (per es., polizia/compagnia aerea/tour operator/hotel, ecc.), includendo l'indirizzo completo e i riferimenti:		
Se lo smarrimento riguarda assegni, denaro contante, carte di credito, di debito o prepagate, indicare la data di notifica all'Istituto emittente:		
DETTAGLIO OGGETTI		
Descrizione completa oggetto 1:		
Luogo di acquisto:	Data di acquisto (MM/GG/AA):	
Prezzo pagato:	Valore attuale:	Somma richiesta a rimborso:
Descrizione completa oggetto 2:		
Luogo di acquisto:	Data di acquisto (MM/GG/AA):	
Prezzo pagato:	Valore attuale:	Somma richiesta a rimborso:
INFORMAZIONI AGGIUNTIVE		
Fornire i dettagli di qualsiasi altra polizza assicurativa stipulata che potrebbe essere coinvolta in questo sinistro, per es. assicurazione casa, assicurazione medica privata, assicurazione viaggio personale, assicurazione della carta di credito, ecc.:		
Nome dell'Assicuratore:	Numero di Polizza:	
Indirizzo:		



ULTERIORI DOCUMENTI RICHIESTI

- In caso di smarrimento del bagaglio personale, qualsiasi sinistro DEVE essere denunciato alla polizia locale entro 24 ore. Il verbale della denuncia con il numero di protocollo del sinistro deve essere inoltrato all'International Claims Services.
- Se lo smarrimento è avvenuto all'aeroporto o sull'aeroplano, il sinistro DEVE essere denunciato alla compagnia aerea entro 24 ore attraverso una Denuncia di Sinistro. Richiediamo di trasmettere la Denuncia unitamente a questo modulo di risarcimento.
- Fornire prova dell'acquisto/proprietà originale, per es., ricevute; estratti conto bancari/carta di credito, fotografie, confezioni, manuali d'istruzioni, e valutazioni.
- Si prega di notare che potrebbe essere applicata una franchigia sul risarcimento se non c'è la prova d'acquisto e/o se si è verificato deterioramento.
- Se gli oggetti sono stati riacquistati, si prega di inviare la fattura o ricevuta dell'acquisto.

G. SMARRIMENTO DEL PASSAPORTO

Si prega di confermare il luogo in cui il passaporto è stato smarrito:

Si prega di fornire dettagli sulle spese sostenute per rifare il passaporto, allegando le ricevute:

H. MODALITA' DI RIMBORSO

Rimborso a: Assicurato Primario Fornitore (Pagamento con assegno)

MODALITA' DI RIMBORSO: Indicare di seguito il metodo di rimborso preferenziale.

Assegno trasmesso all'Indirizzo dell'Assicurato Primario, come indicato nella sezione INFORMAZIONI ASSICURATO PRIMARIO.

Assegno trasmesso ad altro Indirizzo:

Invio tramite Electronic Direct Deposit (solo banche U.S.A.) o Wire Transfer (banche non U.S.A.)

Nome Banca:

Intestazione del Conto:

Codice IBAN Conto:

Numero di Conto #/ABA # (per Electronic Direct Deposit):

Codice SWIFT (per Wire Transfer):

Indirizzo della Banca (per Wire Transfer):



I. AUTORIZZAZIONE AL RILASCIO DI INFORMAZIONI MEDICHE

Con la presente il sottoscritto autorizza qualsiasi medico o altro specialista, ospedale o struttura sanitaria, farmacia, fornitore di servizi medici, impiegato, amministratore dei rimborsi dei piani, e qualsiasi Agenzia governativa federale, statale o locale, con copia integrale di tutte le informazioni mediche all'uso e alla divulgazione come descritto in questa autorizzazione. Oltre a divulgare qualsiasi informazione medica o di altra natura in Vostro possesso o sotto il Vostro controllo all'**International Claims Services (ICS)** e/o ai loro avvocati, sia direttamente sia per il tramite di un rappresentante agente per loro conto, tutte le informazioni mediche che questi potrebbero richiedere, quali a titolo esemplificativo ma non esaustivo cartelle cliniche, referti, grafici, lastre a raggi X, filmati ed esami di laboratorio.

Con la presente il sottoscritto autorizza altresì il rilascio di tutte le informazioni mediche riguardanti diagnosi, cura e trattamento dell'abuso di alcol, abuso di droghe o sanità mentale. Inoltre, il sottoscritto autorizza il rilascio di tutte le ricevute e le fatture in Vostro possesso o sotto il Vostro controllo.

Il sottoscritto autorizza altresì **ICS**, i suoi rappresentanti o agenti a divulgare le informazioni ottenute a seguito della presente autorizzazione alle istituzioni sanitarie, assicuratori, riassicuratori, o gestori dei reclami, a tutte le agenzie governative se ritenuto appropriato al solo scopo di valutare ed amministrare qualsiasi richiesta di risarcimento. Sono altresì consapevole che le informazioni potrebbero essere divulgate come segue:

Ad altre persone o organizzazioni che svolgono servizi professionali o legali in relazione a qualsiasi reclamo;

Dal momento che altrimenti potrebbe essere richiesto dalla legge;

A qualsiasi persona o rappresentante legalmente autorizzato che abbia indicato come tale;

Dal momento che potrebbe essere necessaria un'ulteriore autorizzazione per prevenire o monitorare la perpetrazione di una frode.

La presente "Autorizzazione Al Rilascio Di Informazioni Mediche" è soggetta a revoca in qualsiasi momento, salvo il caso in cui sia stata compiuta un'azione ad essa conseguente e, se non precedentemente revocata per iscritto, rimarrà valida per due (2) anni dalla data in cui è stata sottoscritta. Acconsento che una fotocopia, una scansione o un telefax dell'autorizzazione sia accettata quale conforme all'originale. Sono consapevole che posso richiedere copia della presente Autorizzazione.

Persona Assicurata

Nome:

Firma:

Digitando il mio nome su questo foglio, sto firmando elettronicamente e questa firma elettronica è legalmente equivalente alla mia firma autografa manuale.

Data:

Si prega di trasmettere il presente reclamo compilato unitamente a tutta la documentazione probatoria (INCLUSA LA PROVA DI VIAGGIO) a:

International Claims Services:

- **Reclami online:** www.gbg.com
- **Posta:** 27422 Portola Parkway, Suite 110, Foothill Ranch, CA 92610 USA
- **Email:** eclaims@gbg.com
- **Fax:** +1.949.271.2330