

Modulo di richiesta di rimborso viaggio

In caso di necessità di assistenza medica di emergenza,
telefonare al numero verde **855-308-3483**

Per le chiamate internazionali +1-319-448-3483
diveassure@robinassist.com iSignoradiatamente.

Robin Assist è stata incaricata di fornire servizi di assistenza medica di emergenza e di occuparsi del recupero del vostro sinistro. Per aiutarci a elaborare rapidamente la vostra richiesta di risarcimento, vi preghiamo di seguire le seguenti linee guida:

1. Compilare un **modulo di richiesta di risarcimento separato** per ogni sinistro e per ogni persona assicurata.
2. Se state presentando **una richiesta di risarcimento in seguito a un incidente o a un infortunio**, siete pregati di compilare integralmente le sezioni A, B, J e K.
3. Se si presenta **una richiesta di risarcimento per un incidente No medico o per la perdita del bagaglio personale**, si prega di compilare le sezioni A e D - K a seconda dei casi.
4. Se si sta presentando **una richiesta di risarcimento per infortuni personali**, si prega di compilare le sezioni A, C, J e K.
5. Inviare questo modulo compilato in ogni sua parte via e-mail a claims@robinassist.com insieme a TUTTE le fatture originali relative alla richiesta di risarcimento, oltre alla prova del viaggio (ad esempio, e-mail di conferma del viaggio, fatture di prenotazione, biglietti). Tutte le richieste devono pervenire a Robin Assist **entro 90 GIORNI** dalla data del sinistro o dell'inizio delle cure.

A. Dati dell'assicurato principale

| | | | | | | | | | | |
|--------|---------|-----------|--------|-----------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|-------|--|--|--|
| Signor | Signora | Signorina | Altro: | Nome: | Cognome: | | | | | |
| | | | | Indirizzo: | | | | | | |
| | | | | Codice postale/Zip: | Paese: | Numero di telefono: | | | | |
| | | | | E-mail: | Numero di polizza: | | | | | |
| | | | | Valuta della polizza: | A ciascuna prestazione può essere applicata una franchigia. La prestazione massima e la franchigia della polizza sono determinate dalla valuta con cui è stata stipulata la polizza Viaggi. | | | | | |
| | | | | US \$ | EUR € | GB £ | Altro | | | |

DETTAGLI DEL RICHIEDENTE (se diverso da quello sopra indicato)

| | | | | | | |
|--------------------------------------------------------------|---------|-----------------------------------|--------|---------------------|-----------------|---------------------|
| Signor | Signora | Signorina | Altro: | Nome: | Cognome: | |
| | | | | Indirizzo: | | |
| | | | | Codice postale/Zip: | Paese: | Numero di telefono: |
| | | | | Email: | Occupazione: | |
| È stato un viaggio: | | Date del viaggio da (GG/MM/AAAA): | | | A (GG/MM/AAAA): | |
| Personale | | Affari | | | | |
| La richiesta di risarcimento è il risultato di un incidente? | | | | | | |
| Sì | | | No | | | |

Dichiarazione

Ai fini della protezione dei dati, il/la sottoscritto/a prende atto che tutti i dati personali a lui/lei forniti in seguito a questa richiesta di risarcimento saranno conservati ed elaborati per l'amministrazione dell'assicurazione e l'indagine sui sinistri. A tal fine, le informazioni possono essere trasmesse anche a terzi e riassicuratori selezionati.

- Accordo al trattamento dei dati sensibili che riguardano me/noi e altre persone che possono essere assicurate in base al contratto.
- Sono consapevole che tutti i dati personali da me/noi forniti devono essere accurati e che ho/abbiamo il consenso specifico delle altre persone assicurate a divulgare i loro dati personali.
- Accordo alla richiesta di informazioni da parte di altri assicuratori, agenzie di credito e di altre informazioni per verificare le risposte fornite e autorizzare il rilascio di tali informazioni.
- Dichiaro/iamo che al momento della liquidazione trasferisco tutti i diritti di surrogazione e recupero all'assicuratore e al suo perito. Si prega di notare che abbiamo diritti di salvataggio e/o recupero e che eserciteremo tali diritti ove applicabili.
- Dichiaro/iamo che, per quanto a nostra conoscenza, le informazioni fornite nel presente modulo sono corrette e complete.

Persona assicurata

Nome:

Firma:

Digitando il mio nome su questo modulo, firmo elettronicamente e questa firma elettronica è l'equivalente legale della mia firma manuale, scritta a mano.

Assicurato principale/Beneficiario (se diverso)

Nome:

Firma:

Digitando il mio nome su questo modulo, firmo elettronicamente e questa firma elettronica è l'equivalente legale della mia firma manuale, scritta a mano.

B. Spese mediche e prestazioni ospedaliere

Natura della malattia/lesione:

Data di insorgenza:

Ora in cui si è verificata:

Dove si è verificata la malattia/lesione:

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

Nome del medico di famiglia personale del richiedente:

Numero di telefono:

Email:

Nome del medico di famiglia personale del richiedente (anche se non consultato):

Se il trattamento è stato effettuato in ospedale come ricovero, confermare le date:

Stata contattata la società di pronto soccorso:

Si No Se no, indicare il motivo:

La persona assicurata era incinta:

Se l'Assicurato ha subito una malattia, ne ha già sofferto in passato:

No Si Se sì, di quante settimane?

No Si

Se sì, si prega di fornire i dettagli:

L'Assicurato dispone di un'assicurazione medica privata:

No Si In caso affermativo, si prega di fornire i dati della compagnia assicurativa, compresi nome, indirizzo e numero di polizza:

SOLO PER I CITTADINI DELL'UE

È stata portata con sé una TEAM (Tessera Europea di Assicurazione Malattia) durante il viaggio/voyage.

È stata presentata all'ospedale/al medico?

No Si

No Si

C. Infortunio personale

Quando si è verificato l'infortunio o (in caso di decesso) il decesso?

Si prega di specificare la natura della perdita o il modo in cui si è verificato il decesso:

L'infortunio o la causa del decesso sono dovuti a cause naturali?

Si No

Se sì, si prega di fornire i dettagli:

Paese dell'incidente:

Importo richiesto:

In caso di decesso, è necessario ottenere un certificato di morte emesso da un'autorità autorizzata e presentare la copia originale a claims@robinassist.com.

D. Cancellazione o riduzione

Quando è stato prenotato il viaggio (GG/MM/AAAA):

Paese del viaggio:

Quando il viaggio è stato cancellato/corrotto (GG/MM/AAAA):

Si prega di fornire una spiegazione dettagliata del motivo per cui il viaggio è stato cancellato/corretto:

Se l'annullamento non è dovuto alla persona che viaggia, confermare il nome della persona che ha causato l'annullamento del viaggio e il suo rapporto:

Se il viaggio è stato interrotto, è stata contattata la società di assistenza di emergenza?

No Si Se sì, si prega di fornire il numero di riferimento indicato:

Sono state sostenute spese aggiuntive?

Si No

In caso affermativo, si prega di fornire i dettagli di seguito e di inviare tutte le fatture/ricevute con la presente richiesta:

Si prega di confermare a chi deve essere intestato il rimborso:

Importo richiesto:

Documenti aggiuntivi richiesti

Se il viaggio è stato annullato a causa di un infortunio/malattia della persona che viaggia, è necessaria una conferma scritta del medico di base che attesti l'inidoneità al viaggio dell'Assicurato.

Se il viaggio è stato cancellato a causa di un infortunio/malattia di un terzo, è necessaria una conferma scritta del medico di base del terzo che confermi l'infortunio/malattia.

Si prega di fornire anche:

- Documentazione a sostegno della cancellazione del viaggio per qualsiasi altro fattore non descritto sopra.
- Originale della fattura di prenotazione.
- Fattura di cancellazione con indicazione delle spese sostenute.

E. Ritardo del viaggio / mancata partenza

Motivo del ritardo del viaggio/della mancata partenza:

Ritardo nel viaggio

Programmare la data e l'ora di partenza:

Volo/traghetto/altro trasporto Numero/Riferimento:

Data e ora effettive di partenza:

Volo/traghetto/altro trasporto Numero/Riferimento:

Numero di ore di ritardo:

Nome della compagnia aerea/traghetto/altro mezzo di trasporto:

Paese di ritardo:

Importo richiesto:

Mancata partenza

Punto di partenza:

Punto di mancata connessione:

Metodo di trasporto utilizzato per arrivare al punto di partenza:

Confermate il modo in cui avete ripreso il vostro viaggio:

Paese di mancata partenza:

Importo richiesto:

Tempo:

Si prega di fornire una descrizione dettagliata di come si è verificato il danno, compreso il luogo in cui si è verificato:

Confermare quando è stato denunciato lo smarrimento/danno e a quale autorità (ad es. polizia/linea gara/operatore turistico/hotel, ecc.) indicando l'indirizzo completo e il riferimento:

Se la perdita riguarda travelers cheque, assegni, contanti, carte di credito, bancomat/carte di pagamento, indicare la data di notifica all'emittente:

DETTAGLI DELL'ARTICOLO

Informazioni aggiuntive

Fornire i dettagli di qualsiasi altra polizza assicurativa di cui si è in possesso, a prescindere dal fatto che si ritenga che possa contribuire al danno, ad esempio l'assicurazione sulla casa, l'assicurazione medica privata, l'assicurazione personale di viaggio, l'assicurazione della carta di credito, ecc:

Nome dell'assicuratore:

Numero di polizza:

Indirizzo:

Documenti aggiuntivi richiesti

- In caso di smarrimento del bagaglio personale, tutti gli incidenti DEVONO essere segnalati alla polizia locale entro 24 ore. È necessario ottenere un numero di incidente e una denuncia di smarrimento da inviare a claims@robinassist.com.
- Se la perdita si è verificata in aeroporto o sull'aereo, l'incidente DEVE essere segnalato alla compagnia aerea entro 24 ore tramite un Rapporto di incidente. Si richiede l'invio del Rapporto di incidente insieme al presente modulo di richiesta di risarcimento.
- Fornire la prova dell'acquisto/proprietà originale, ad esempio ricevute, estratti conto bancari/carta di credito, fotografie, imballaggi, manuali di istruzioni, valutazioni.
- Si prega di notare che potremmo effettuare una detrazione sulla richiesta di risarcimento se non viene fornita la prova d'acquisto e/o se è applicabile l'usura.
- Se gli articoli sono già stati sostituiti, si prega di inviare la fattura o la ricevuta di sostituzione.

G. Perdita del passaporto

Confermare dove è stato smarrito il passaporto:

Si prega di fornire i dettagli delle spese sostenute per la sostituzione del passaporto, comprese le ricevute:

H. Spese di quarantena

Data delle diagnosi di Covid-19:

Periodo di quarantena:

Spese di alloggio:

Paese di quarantena:

Altre spese:

Importo richiesto:

I. Giorni di immersione persi

Date di immersione originali (GG/MM/AAAA):

Date dei giorni di immersione persi (GG/MM/AAAA):

Paese delle immersioni perse:

Importo richiesto:

Si prega di fornire una spiegazione dettagliata del motivo per cui i giorni di immersione sono stati persi:

J. Metodo di rimborso

Il metodo di pagamento preferito è quello elettronico, per garantire che il pagamento venga ricevuto il prima possibile, anche se siamo in grado di emettere assegni nella maggior parte dei Paesi.

Si prega di rimborsare:

Assicurato principale

Fornitore

Nome della banca:

Nome sul conto (beneficiario):

Numero di conto/IBAN:

Instradamento #/ABA #:

Codice SWIFT:

Indirizzo della banca:

K. Autorizzazione al rilascio di informazioni mediche

Con la presente autorizzo qualsiasi medico o altro professionista sanitario, ospedale o struttura sanitaria, farmacia, fornitore di servizi medici, datore di lavoro, amministratore di piani previdenziali e qualsiasi agenzia governativa federale, statale o locale, a ricevere una copia completa di tutte le informazioni mediche per l'uso e la divulgazione come descritto nella presente autorizzazione. Inoltre, rilasciare tutte le informazioni mediche e di altro tipo in vostro possesso o sotto il vostro controllo a **Robin Assist** e/o ai loro avvocati, direttamente o tramite un agente che agisca per loro conto, tutte le informazioni mediche che possono essere richieste, compresi, a titolo esemplificativo e non esaustivo, cartelle cliniche, rapporti, grafici, note radiografiche, pellicole e rapporti di laboratorio.

Autorizzo inoltre il rilascio di tutte le informazioni mediche relative a diagnosi, cure e trattamenti per abuso di alcol, abuso di droghe o salute mentale. Inoltre, autorizzo il rilascio di tutti i documenti di fatturazione e degli estratti conto in vostro possesso o controllo.

Autorizzo inoltre **Robin Assist**, i suoi rappresentanti o i suoi agenti a rilasciare le informazioni ottenute in base alla presente autorizzazione a fornitori di assistenza sanitaria, assicuratori, riassicuratori o gestori di sinistri e a qualsiasi agenzia governativa, come ritenuto opportuno, al solo scopo di valutare e amministrare qualsiasi richiesta di prestazioni. Sono inoltre consapevole che le informazioni possono essere divulgate come segue:

Ad altre persone o organizzazioni che prestano servizi commerciali o legali in relazione a qualsiasi richiesta di risarcimento; come altrimenti richiesto dalla legge;

- A qualsiasi persona o rappresentante legalmente autorizzato da me indicato;
- Come da mia ulteriore autorizzazione; o come necessario per prevenire o rilevare la perpetrazione di frodi.

La presente "Autorizzazione al rilascio di informazioni mediche" è soggetta a revoca in qualsiasi momento, tranne nel caso in cui sia stata intrapresa un'azione basata su di essa e, se non revocata in precedenza per iscritto, rimarrà valida per due (2) anni dalla data di sottoscrizione. Accetto che una fotocopia, una copia inviata via e-mail o un facsimile (FAX) dell'autorizzazione sia accettata e abbia lo stesso valore dell'originale. Sono a conoscenza della possibilità di richiedere una copia della presente Autorizzazione.

Nome:

Firma:

Data:

Digitando il mio nome su questo modulo, fermo elettronicamente e questa firma elettronica è l'equivalente legale della mia firma manuale, scritta a mano.

Inviare il modulo di richiesta di rimborso compilato e i documenti giustificativi (COMPRESA LA PROVA DEL VIAGGIO) a Robin Assist all'indirizzo claims@robinassist.com. Per qualsiasi domanda o richiesta relativa alla richiesta di rimborso, si prega di chiamare il numero 866-898-0921 e selezionare l'interno 3.

Informativa sulla privacy: I dati personali vengono raccolti e conservati per valutare la vostra richiesta di indennizzo e sono soggetti alla nostra Informativa sulla privacy. Una copia della presente Informativa sulla privacy e sulle modalità di utilizzo e conservazione dei dati personali è disponibile su richiesta.

Modulo di autorizzazione del rappresentante personale

Si prega di inviare il modulo di richiesta compilato e tutte le informazioni e la documentazione di supporto a Robin Assist: **claims@robinassist.com**

A. Assicurato

| | | |
|--------------------|----------------------------|-------------------------------|
| Nome: | Cognome: | Data di nascita (GG/MM/AAAA): |
| Numero di polizza: | Richiesta di risarcimento: | E-mail: |
| Indirizzo: | | |
| Codice postale: | Paese: | Telefono: |

B. Rappresentante personale

| | | |
|-----------------|----------|-------------------------------|
| Nome: | Cognome: | Data di nascita (GG/MM/AAAA): |
| Indirizzo: | | |
| Codice postale: | Paese: | Telefono: |
| E-mail: | | |

C. Autorizzazione

Autorizzo che le informazioni riservate in possesso di Robin Assist siano rilasciate e/o ricevute dalle persone o organizzazioni indicate di seguito con la vostra firma. Sono consapevole di avere il diritto di ricevere, su richiesta, una copia del presente modulo firmato.

Con la presente autorizzo la richiesta e il rilascio delle informazioni riservate in mio possesso al mio rappresentante personale. Nominando la persona indicata di seguito come mio rappresentante personale, comprendo che sto autorizzando a dare a questa persona l'accesso alle mie informazioni riservate e alle mie cartelle cliniche, il diritto di parlare delle mie cure mediche e il diritto di prendere decisioni che mi vincoleranno.

La presente "Autorizzazione del Rappresentante Personale" è soggetta a revoca in qualsiasi momento, tranne nel caso in cui sia stata intrapresa un'azione basata su di essa e, se non revocata in precedenza per iscritto, rimarrà valida per due (2) anni dalla data della firma. Accetto che un messaggio di posta elettronica copia dell'autorizzazione sarà accettata e valida quanto l'originale. Sono a conoscenza della possibilità di richiedere una copia della presente Autorizzazione.

Persona assicurata

| | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| Nome: | |
| Firma: | |
| Digitando il mio nome su questo modulo, firmo elettronicamente e questa firma elettronica è l'equivalente legale della mia firma manuale, scritta a mano. | |
| Data: | |

Rappresentante personale

| | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| Nome: | |
| Firma: | |
| Digitando il mio nome su questo modulo, firmo elettronicamente e questa firma elettronica è l'equivalente legale della mia firma manuale, scritta a mano. | |
| Data: | |

Informativa sulla privacy: I dati personali raccolti e conservati per la valutazione della richiesta di indennizzo sono soggetti alla nostra Informativa sulla privacy. Una copia di questa informativa sulla privacy e sulle modalità di utilizzo e conservazione dei dati personali è disponibile su richiesta.