

MODULO DI DENUNCIA SINISTRO

Denuncia da inviare alla Società al seguente indirizzo di posta elettronica:

servizio.liquidazioni@globalassistance.it oppure al seguente indirizzo: Global Assistance S.p.A. – Area Sinistri
- Piazza Diaz, 6 – 20123 – Milano

Avvertenze: Il presente modulo deve essere compilato in ogni sua parte. Global Assistance si riserva di richiedere ulteriore documentazione e/o informazioni per la corretta gestione del sinistro.

DATI DEL CONTRAENTE/ASSICURATO DI POLIZZA

COGNOME E NOME.....

INDIRIZZO DI RESIDENZA.....

N°TELEFONO.....N°POLIZZA.....

COORDINATE BANCARIE (IBAN).....

INTESTATARIO IBAN.....

DATI DEL SINISTRO

DATA E ORA.....LUOGO.....

TIPOLOGIA EVENTO (barrare la casella):

- MALATTIA
- INFORTUNIO

DESCRIZIONE EVENTO.....

.....

.....

.....

ALTRE ASSICURAZIONI PER LO STESSO RISCHIO

Compagnia di Assicurazione.....N°POLIZZA.....

DOCUMENTAZIONE DA ALLEGARE ALLA DENUNCIA DI SINISTRO

- Documentazione medica attestante l'evento denunciato (a titolo di esempio: certificato medico, certificato rilasciato dal pronto soccorso, cartella clinica, etc.);
- Ricevute delle eventuali spese mediche sostenute e relative prescrizioni;
- In caso di decesso dell'Assicurato, copia del certificato di morte e del certificato attestante le cause del decesso;

DATA.....

FIRMA.....

AUTORIZZAZIONE ALL'INVIO DI DOCUMENTI E DI COMUNICAZIONI TRAMITE SISTEMA DI POSTA ELETTRONICA (EMAIL):

Si autorizza la spettabile Global Assistance S.p.A. ad inviare e/o richiedere comunicazioni e/o documenti al seguente indirizzo di posta elettronica:.....

LUOGO.....DATA...../...../.....

FIRMA.....