Navale
ASSICURAZIONI DAL 1914

MODULO PER LA RICHIESTA DI RIMBORSO – SPESE MEDICHE / RIENTRO ANTICIPATO/SANITARIO

da compilare ed inviare in busta chiusa, con i relativi allegati a: ***NAVALE ASSICURAZIONI SPA – CASELLA POSTALE 1107 – 20123 MILANO (MI)***

NR. TESSERA_____ **TOUR OPERATOR**_____ **AG. VIAGGI**_____

PERSONA PER CUI SI RICHIEDE L'ATTIVAZIONE DELLA GARANZIA:

Cognome_____ Nome_____

BENEFICIARIO DEL RIMBORSO (Titolare del conto corrente):

Cognome_____ Nome_____ Grado Parentela_____

Nato il_____ a_____ Prov_____ Domiciliato in via_____

CAP_____ Città_____ Prov_____ Tel._____ Email_____

Cod. Fiscale															

Codice IBAN																										

Il codice IBAN è composto obbligatoriamente da 27 caratteri alfanumerici e si trova in alto nel documento dell'estratto conto bancario.

Si richiede l'attivazione della garanzia:

☐ **SPESE MEDICHE** – A tal fine si allegano:

N°____ certificati con diagnosi del medico locale;
N°____ fatture in ORIGINALE che attestino spese per prestazioni sanitarie e/o di primo trasporto del paziente alla struttura sanitaria più vicina, sostenute durante il viaggio per un totale di €_____.

☐ **RIENTRO SANITARIO DEL VIAGGIATORE** – A tal fine si allegano
N°____ certificato con diagnosi del medico che attesti la patologia e la necessità del rientro;
N°____ fatture/biglietti in ORIGINALE da sui si evinca data e luogo di partenza e di arrivo nonché la spesa sostenuta per un totale di €_____.

☐ **RIENTRO ANTICIPATO DEL VIAGGIATORE** – A tal fine si allegano:
N° **1** certificato di decesso del parente;
N° **1** certificato che attesti il grado di parentela con il deceduto;
N°____ fatture/biglietti in ORIGINALE da sui si evinca data e luogo di partenza e di arrivo nonché la spesa sostenuta per un totale di €_____.

Altre polizze malattia possedute: SI ☐ NO ☐ Compagnia_____ Nr_____

(verificare eventualmente sul contratto di vendita dell'agenzia viaggi, o attraverso Carte di credito, polizze personali altri partecipanti al viaggio, ecc)

Consenso al trattamento dei dati personali e sensibili per finalità assicurative/liquidative

(Artt. 23 e 26 D.Lgs. n. 196/2003 – Codice in materia di protezione dei dati personali)

Sulla base dell'informativa ricevuta, Lei può esprimere il consenso al trattamento dei Suoi dati personali e sensibili per finalità strettamente connesse all'attività assicurativa e liquidativa, apponendo qui di seguito la Sua firma ed autorizzando così UGF Assicurazioni S.p.A. al trattamento per l'attività di gestione e liquidazione dei sinistri, effettuato unitamente alla Compagnia del Gruppo interessata dal sinistro e agli altri soggetti, interni ed esterni al Gruppo, coinvolti in tale attività, come indicato nell'informativa.

Nome e cognome (o denominazione) leggibili dell'interessato

_____

Luogo e data

_____

Firma

_____

Navale Assicurazioni S.p.A.
Capitale Sociale Euro 96.250.000,00 i.v. Sede Legale e Direzione: Via della Unione Europea, 3/B -20097 San Donato Milanese - MI
tel. 02.582111, fax 02.58211710 REA 1129621 - C.F. e P.IVA 00296790389. Iscritta all'Albo delle Imprese di Assicurazioni
tenuto dall'ISVAP al numero 1.00011. Società soggetta all'attività di direzione e coordinamento da parte di
Unipol Gruppo Finanziario S.p.A. - www.navale.it