

SI NISTRO NUMERO:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

## MODULO DI DENUNCIA SINISTRO

COMPILARE IN STAMPATELLO

Data Denuncia Sinistro

		/			/		
--	--	---	--	--	---	--	--

Cognome del compilante - denunciante

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Nome del compilante - denunciante

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Recapito Telefonico

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Indirizzo di posta elettronica

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**GARANZIA ASSICURATIVA COINVOLTA** (sulla base della quale si richiede il rimborso)

Annullamento Viaggio (qualsiasi causa)	
Interruzione Viaggio (qualsiasi causa)	
Spese Mediche e Assistenza (malattia, infortunio, ricovero, visite, farmacia etc)	
Bagaglio e Acquisti Prima Necessità	
Infortuni di Viaggio (morte e invalidità)	
Responsabilità Civile verso Terzi	
Altri danni	

Europäische Reiseversicherung AG

Sede Legale

Rosenheimer Straße 116  
D-81669 München

Sede Secondaria e Rappresentanza  
Generale per l'Italia

Via Fra Riccardo Pampuri 9/A  
I-20141 Milano

Call Center Sinistri

Tel. (02) 0062 0261 (opz.2)

Fax (02) 5744 5499

Lun.-Giov. 9.30-12.30 / 14.30-17.30

Ven. 9.30-12.30

E-Mail

claims@erv-italia.it

Posta Certificata

erv-italia@legalmail.it

Internet

www.erv-italia.it

### DATI RELATIVI ALLA POLIZZA

NUMERO POLIZZA (o codice tariffa)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

CANALE DI ACQUISTO POLIZZA (inserire il nome del Tour Operator, Agenzia, sito web etc)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

DATI CONTRAENTE / ASSICURATO

Cognome

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Nome

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Indirizzo

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

CAP

--	--	--	--	--

Luogo Residenza

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Data di Nascita

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Codice Fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Recapito Telefonico

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Indirizzo di posta elettronica

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Member of ETI Group

European Travel Insurance Group

Codice Fiscale, Partita IVA e iscrizione al  
Registro delle Imprese di Milano n.  
05856020960 - REA 1854153

Capitale Sociale: € 84.973.478

Albo delle Imprese di Assicurazione e  
Riassicurazione istituito presso l'ISVAP  
n. I.00071.

Società abilitata all'esercizio della attività  
assicurativa in Italia in regime di  
stabilimento ai sensi dell'art. 23 del D.Lgs  
7/9/2005 n. 209 (comunicazione ISVAP in  
data 27/9/2007, n. 5832).



## DATI ANAGRAFICI DEGLI ASSICURATI CON LA STESSA POLIZZA

	COGNOME	NOME	DATA NASCITA
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			

## DATI RELATIVI AL VIAGGIO

FORNITORE SERVIZI TURISTICI (inserire il nome del Tour Operator, Agenzia, sito web etc oppure indicare FAI DA TE)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

DATA PRENOTAZIONE

		/			/		
--	--	---	--	--	---	--	--

DATA INIZIO VIAGGIO

		/			/		
--	--	---	--	--	---	--	--

DATA FINE VIAGGIO

		/			/		
--	--	---	--	--	---	--	--

PARTENZA EFFETTIVA

		/			/		
--	--	---	--	--	---	--	--

RIENTRO EFFETTIVO

		/			/		
--	--	---	--	--	---	--	--

DESTINAZIONE / ITINERARIO

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

TIPO VIAGGIO/VETTORE

Albergo/Villaggio

--

Casa Vacanza

--

Casa di proprietà

--

Aereo

--

Nave

--

Pulman

--

Treno

--

Mezzo proprio

--

Altro

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

## DATI RELATIVI AL SINISTRO

DATA DELL'EVENTO SINISTRO

		/			/		
--	--	---	--	--	---	--	--

HA GIÀ PRESO CONTATTO CON LA CENTRALE OPERATIVA?

SI  NO

SE SÌ, QUANDO?

		/			/		
--	--	---	--	--	---	--	--

HA GIÀ RICEVUTO ASSISTENZA?

SI  NO

**DESCRIZIONE BREVE DELL'EVENTO ( cause, accadimenti, sintomi, date etc)**


---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**DOCUMENTI DA ALLEGARE**
**IN CASO DI ANNULLAMENTO e INTERRUZIONE VIAGGIO**

		barrare se incluso
1	Certificato di polizza ERV	<input type="checkbox"/>
2	Documentazione inerente la prenotazione del viaggio/servizi prenotati	<input type="checkbox"/>
3	Fattura di storno per cancellazione viaggio/servizi prenotati con evidenza della penale applicata	<input type="checkbox"/>
4	Fattura penale applicata a causa dell'interruzione del viaggio	<input type="checkbox"/>
5	Certificazioni mediche se l'annullamento è dovuto a malattia/infortunio/infermità, ecc.	<input type="checkbox"/>
6	Certificato di morte se la causa dell'annullamento è dovuto a decesso dell'assicurato o persone a lui collegate	<input type="checkbox"/>
7	Documentazione inerente la causa dell'annullamento se non dovuta a malattia	<input type="checkbox"/>

**IN CASO DI RIMBORSO SPESE MEDICHE e ASSISTENZA**

		barrare se incluso
1	Certificato di polizza ERV	<input type="checkbox"/>
2	Documentazione inerente la prenotazione del viaggio/servizi prenotati	<input type="checkbox"/>
3	Documentazione medica rilasciata dalla struttura ospedaliera	<input type="checkbox"/>
4	Fatture/scontrini inerenti le spese sostenute	<input type="checkbox"/>
5	Ricevute di pagamento	<input type="checkbox"/>
6	Eventuale rimborso avuto da terzi	<input type="checkbox"/>

**IN CASO DI BAGAGLIO e ACQUISTI PRIMA NECESSITA'**

		barrare se incluso
1	Certificato di polizza ERV	<input type="checkbox"/>
2	Documentazione inerente la prenotazione del viaggio/servizi prenotati	<input type="checkbox"/>
3	Denuncia di smarrimento sporta alle autorità competenti	<input type="checkbox"/>
4	P.I.R. in originale *	<input type="checkbox"/>
5	Attestazione smarrimento definitivo bagaglio	<input type="checkbox"/>
6	Ricevuta riconsegna bagaglio	<input type="checkbox"/>
7	Ricevute beni sottratti/smarriti	<input type="checkbox"/>
8	Ricevuta acquisti beni di prima necessità	<input type="checkbox"/>

\* Property Irregularity Report: Rapporto di smarrimento o danneggiamento bagaglio, documento di denuncia rilasciato dall'Autorità Aeroportuale

**IN CASO DI INFORTUNI IN VIAGGIO (morte/invalidità)**

		barrare se incluso
1	Certificato di polizza ERV	<input type="checkbox"/>
2	Documentazione inerente la prenotazione del viaggio/servizi prenotati	<input type="checkbox"/>
3	Eventuale verbale redatto dalle forze dell'ordine	<input type="checkbox"/>
4	Documentazione medica rilasciata dalla struttura ospedaliera/pronto soccorso	<input type="checkbox"/>
5	Fatture/scontrini inerenti la spesa sostenuta	<input type="checkbox"/>

**IN CASO DI RESPONSABILITA' CIVILE**

		barrare se incluso
1	Certificato di polizza ERV	<input type="checkbox"/>
2	Documentazione inerente la prenotazione del viaggio/servizi prenotati	<input type="checkbox"/>
3	Dati anagrafici della persona danneggiata	<input type="checkbox"/>
4	Eventuali relazioni testimoniali	<input type="checkbox"/>
5	Eventuale documentazione inerente il danno provocato	<input type="checkbox"/>
6	Quantificazione del danno provocato	<input type="checkbox"/>
7	Verbale di intervento delle forze dell'ordine	<input type="checkbox"/>

**IN CASO DI RIMBORSO PER ALTRI EVENTI O DANNI SUBITI**

		barrare se incluso
1	Certificato di polizza ERV	<input type="checkbox"/>
2	Documentazione inerente la prenotazione del viaggio/servizi prenotati	<input type="checkbox"/>
3	Qualsiasi documentazione comprovante il danno subito e la richiesta di rimborso	<input type="checkbox"/>

**ELENCO SPESE SOSTENUTE E GIUSTIFICATIVI DI SPESA**

Si prega di allegare tutte le ricevute, ricette mediche, fatture mediche o ospedaliere in originale e qualsiasi altra documentazione comprovante i costi sostenuti (in caso di rimborso parziale da parte di altre società assicuratrici allegare copia della notifica di rimborso)

**ELENCO SPESE SOSTENUTE**

	TIPO RICEVUTA (fatture, scontrini, ricevute, contratto di viaggio etc.)	DATA EMISSIONE	COSTO IN VALUTA ESTERA	TASSO DI CAMBIO APPLICATO	COSTO IN EURO	PAGAMENTO EFFETTUATO DIRETTAMENTE	
						SI	NO
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							
21							
22							
23							
24							
25							

**EVENTUALE ALTRE COPERTURE ASSICURATIVE**

Indicare la presenza di altre polizze assicurative che presentano garanzie inerenti alla copertura dell'evento occorso e qui denunciato.

COMPAGNIA ASSICURATIVA

NUMERO POLIZZA

Documenti da allegare in presenza di altra copertura assicurativa:

barrare se incluso

1	Certificato assicurativo della Compagnia interessata	<input type="checkbox"/>
2	Condizioni di Polizza della Compagnia interessata	<input type="checkbox"/>

**RIFERIMENTI BANCARI**

Titolare del conto corrente .....

Banca d'appoggio/Città .....

Codice IBAN conto corrente

Informazioni supplementari nel caso di bonifici verso l'estero:

BIC Code/SWIFT

Il beneficiario prende atto che per importi superiori a € 12.500,00 il pagamento è subordinato all'indicazione dei suoi dati anagrafici e fiscali completi, secondo quanto previsto dall'art. 13 del D.L. 15.12.1979 n. 625, convertito in L. febbraio 180, n. 15, con conseguente obbligo di allegazione di copia del codice fiscale o tessera sanitaria e di un documento di identità in corso di validità.

**LIBERATORIA**

Io sottoscritto \_\_\_\_\_ autorizzo espressamente la Centrale Operativa Inter Partner Assistance e ERV Italia - Europäische Reiseversicherung AG Rappresentanza Generale per l'Italia ad acquisire tutte le informazioni necessarie riguardanti infermità e /o menomazioni causate da infortunio, sia passate che presenti, a proposito della mia persona, presso medici curanti, ospedali e Aziende Sanitarie Locali e sciogliendo a tal fine gli stessi dal segreto professionale.

Autorizzo altresì ad acquisire qualsiasi altra informazione sia necessaria per la gestione del sinistro qui denunciato.

DATA

 /  / 

FIRMA \_\_\_\_\_

**DICHIARAZIONE DI VERIDICITA'**

Io sottoscritto \_\_\_\_\_, assicuro che le informazioni da me fornite corrispondono alla verità e sono consapevole del fatto che indicazioni false o non corrispondenti al vero potranno avere come conseguenza la perdita della copertura assicurativa.

DATA

 /  / 

FIRMA \_\_\_\_\_

**COMPILARE E RESTITUIRE VIA E-MAIL O RACCOMANDATA A/R:**

ERV Italia - Europäische Reiseversicherung AG - Rappresentanza Generale per l'Italia  
UFFICIO LIQUIDAZIONE SINISTRI  
Via Fra R. Pampuri 13 - 20141 Milano - Italia  
e-mail: claims@erv-italia.it  
posta certificata PEC: erv-italia@legalmail.it