

## **MODULO DI RICHIESTA INDENNIZZO POLIZZA VIAGGI**

La denuncia può essere inviata:

- via email a [sinistri@genertel.it](mailto:sinistri@genertel.it)

- via fax allo 041.33.62.100

- via posta prioritaria a Genertel SpA, Area Liquidazione Danni, via Machiavelli nr. 4, 34132 Trieste

**Numero di polizza:**

**Cognome e nome del contraente:**

**Date evento:**

**Luogo dove si è verificato l'evento:**

**TIPOLOGIA EVENTO** (barrare la casella)

- infortunio
- malattia improvvisa

**RICOVERO** (barrare la casella)

- si
- no

**Elenco dei beni danneggiati:**

**Nomi delle persone coinvolte/infortunate:**

**Nomi degli eventuali testimoni presenti:**

**Descrizione dettagliata dei fatti:**

**COORDINATE BANCARIE**

**Cognome e nome dell'intestatario del c/c:**

**Codice ABI:**

**Codice CAB:**

**Codice CIN:**

**Numero del c/c**

**Data:**

**Firma:**