

Notifica di sinistro

N° del sinistro

Assicurazione delle spese d'annullamento

Gentile cliente,

Per poter fornire in modo rapido e semplice una prestazione d'assicurazione, abbiamo bisogno che ci comunichiate alcuni importanti dati. Vi preghiamo di compilare con la massima precisione questo avviso di sinistro e di allegare i seguenti documenti, se pertinenti:

- documenti di viaggio (conteggio di annullamento e conferma di prenotazione con le condizioni di viaggio dell'organizzatore)
- certificato medico/atto di morte/annuncio mortuario
- certificato medico (a partire da un importo di 1000 franchi svizzeri deve essere compilato dal medico curante)
- copia della polizza d'assicurazione

Grazie per la vostra collaborazione.

Domande sul contraente (persona avente diritto)

Cognome:

Nome:

Data di nascita:

Via/n°:

NPA/luogo:

Telefono (raggiungibile durante il giorno):

Indirizzo e-mail:

Codice IBAN:

Codice BIC (SWIFT):

Domande su altre coperture assicurative

1. Siete assicurati contro le spese d'annullamento presso un'altra società? sì no

Società:

N° di polizza:

Domande sul viaggio previsto

2. Data dell'ordine di prenotazione:

3. Data dell'annullamento/interruzione presso: (agenzia di viaggi/organizzatore):

4. Quante persone hanno eseguito una prenotazione collettiva?

5. Quante di esse hanno annullato/interrotto il viaggio?

6. Qual è il rapporto tra i partecipanti del viaggio?

Domande sull'evento

7. malattia grave imprevista infortunio caso di decesso altro:

Breve sintesi del caso:

Conferma e procura

ERV è esonerata dall'obbligo di versare prestazioni se dopo il caso la persona assicurata tenta di ingannare in modo doloso ERV sulle cause rilevanti per la ragione o l'ammontare della prestazione.

Con la presente autorizzo i medici, gli istituti di cura e le assicurazioni a rilasciare ad EUROPEA Assicurazioni Viaggi SA tutte le informazioni necessarie ed esonerò i suddetti soggetti dal loro segreto professionale.

Luogo e data

Firma dell'autore del sinistro o del rappresentante legale

Luogo e data

Firma dell'assicurato/a o del rappresentante legale

Domande sull'evento

1. Data del primo trattamento in relazione con l'evento: _____ Ora: _____
2. Indicare la diagnosi precisa (nessuna abbreviazione): _____

3. Sono stati prescritti altri trattamenti o controlli successivi? si no
4. Quando si è ammalato/a o ferito/a il/la paziente? _____ Data: _____
5. Questi disturbi erano già stati trattati una o più volte in passato? si no
 In caso affermativo, in quale periodo di tempo? _____ Date: _____
6. Anamnesi: _____

7. Si è verificato un peggioramento grave imprevedibile? si no
 In caso affermativo, quando? _____
8. Il/La paziente era inabile al lavoro? si no
 In caso affermativo – dal: _____ al: _____
9. È seguito un ricovero? si no
 In caso affermativo, da quando a quando? (Si prega di inviare anche una copia del referto di dimissione)
10. È stato/a sottoposto/a a un intervento chirurgico? si no
 In caso affermativo, data dell'intervento: _____
11. Quando esattamente è stato concordato l'intervento chirurgico? Data: _____

Domande sulla capacità di viaggiare

12. Al momento della prenotazione del viaggio vi erano dei dubbi di natura medica sull'inizio del viaggio? si no
 Motivazione: _____

13. Quando si è riconosciuto per la prima volta che non sarebbe stato possibile iniziare il viaggio per motivi di salute e per quale ragione precisa?
 Data: _____
 Motivazione: _____

14. Il/La paziente l'ha informata dei suoi progetti di viaggio? si no
 In caso affermativo, quando? _____ Data: _____
15. A partire da quando ha ritenuto che il/la paziente fosse di nuovo in grado di viaggiare? _____ Data: _____

Altre osservazioni
