

ANNULLAMENTO DEL VIAGGIO PRIMA DELLA PARTENZA

DICHIARAZIONE DI SINISTRO

SETTEMBRE 2020

PERSONA ASSICURATA

Cognome	Nome
Via/Piazza, n.	NPA/località
Telefono	E-mail
N. della polizza (facoltativo)	

QUALE EVENTO HA CAUSATO L'ANNULLAMENTO DEL VIAGGIO?

Malattia
 Infortunio
 Gravidanza
 Decesso
 Altro evento

PERSONA INTERESSATA DALL'EVENTO

Io stesso/a
 Parenti
 Altri

DETTAGLI DEL VIAGGIO

Viaggio privato
 Viaggio effettuato nell'ambito della mia professione di

Quando è stato prenotato il viaggio?

Quando è stato annullato il viaggio?

Qual era la durata prevista? Dal al

Qual era la destinazione del viaggio?

CHI HA DOVUTO ANNULLARE LA PRENOTAZIONE?

Nome e cognome	Rapporto di parentela
Nome e cognome	Rapporto di parentela
Nome e cognome	Rapporto di parentela
Nome e cognome	Rapporto di parentela

QUALI COSTI SONO STATI SOSTENUTI?

Costo complessivo del viaggio (CHF)

Ammontare complessivo delle spese di annullamento (CHF)

IL VIAGGIO È STATO PAGATO CON CARTA DI CREDITO?

No Sì, numero _____, scadenza _____ /

POSSIEDE ALTRE COPERTURE ASSICURATIVE CONTRO LE SPESE DI ANNULLAMENTO?

No Sì, presso la società _____, agenzia _____

SU QUALE CONTO DEVONO ESSERE VERSATE LE PRESTAZIONI?

Titolare del conto _____

IBAN _____

Se il/la titolare del conto non coincide con la persona assicurata, indicarne l'indirizzo completo _____ a _____

Con l'invio della presente notifica di sinistro confermo che tutte le informazioni sopra riportate sono veritiere e complete. Sono a conoscenza del fatto che AWP P&C S.A. (Svizzera) verifica i dati da me forniti a giustificazione della mia richiesta per valutare il proprio obbligo di prestazione e la autorizzo a raccogliere informazioni e prendere visione di documenti presso tour operator e intermediari di viaggio, società di trasporto, autorità (polizia, tribunali, ecc.) o altri assicuratori ed esonero i soggetti citati dall'obbligo di segretezza legale o contrattuale. Inoltre esonero dal segreto professionale i medici e il personale ausiliario indicati nei documenti da me presentati o coinvolti nelle cure. Per quanto riguarda eventuali trattamenti precedenti, l'esonero dall'obbligo del segreto vale esclusivamente se i dati sono necessari per la verifica dell'obbligo di prestazione. Inoltre dichiaro di accettare che, ai fini della lavorazione del sinistro, i dati siano eventualmente trasmessi integralmente o parzialmente a fornitori di servizi soggetti a disposizioni equivalenti in materia di protezione dei dati in Svizzera o in paesi europei e che i dati personali riguardanti la mia persona o il sinistro, compresi dati particolarmente sensibili, vengano trasmessi alle imprese di servizi summenzionate e trattati per le finalità di cui sopra. Sono a conoscenza del fatto che per l'erogazione del servizio i miei dati personali sono trattati nel rispetto del Regolamento europeo sulla protezione dei dati (GDPR) e della Legge federale svizzera sulla protezione dei dati (LPD) e confermo di aver letto e compreso le informazioni relative alla protezione dei dati (<https://www.allianz.ch/it/servizio/informazioni-sulla-protezione-dei-dati>).

Luogo e data _____

Per consentire la lavorazione rapida del sinistro, si prega di spedire il presente modulo per e-mail all'indirizzo claims.ch@allianz.com oppure per posta ad AWP P&C S.A. (Svizzera), Servizio sinistri, Casella postale, 8010 Zurigo, corredato dei seguenti documenti:

conferma/e di prenotazione e fattura/e del viaggio

conteggio delle spese di annullamento

documenti e attestazioni ufficiali che comprovino l'insorgenza dell'evento (es.: certificato medico det-tagliato attestante l'impossibilità di viaggiare, notifica di infortunio, verbale della polizia, ecc.)