

# ASSISTANCE DURANTE IL VIAGGIO

## DICHIARAZIONE DI SINISTRO

SETTEMBRE 2020

### PERSONA ASSICURATA

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

### DETTAGLI DEL VIAGGIO INTERESSATO DALL'EVENTO

Viaggio privato
  Viaggio effettuato nell'ambito della mia professione di

Quando è stato prenotato il viaggio? . . . . .

Qual era la durata prevista? . . . . .

Qual era la destinazione del viaggio? Dal . . . . . al . . . . .

### CHI PARTECIPA AL VIAGGIO?

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

### QUANTO È COSTATO IL VIAGGIO?

Costo complessivo del viaggio (CHF)

### IL VIAGGIO È STATO PAGATO CON CARTA DI CREDITO?

No
  Sì, numero . . . . ., scadenza . . . . . /

### QUAL È L'OGGETTO DELLA DICHIARAZIONE?

Viaggio di ritorno anticipato al . . . . .

Viaggio di ritorno posticipato al . . . . .

### COSA È ACCADUTO?

Malattia
  Infortunio
  altro

**IN CASO DI MALATTIA: DI COSA SI TRATTA DI PRECISO?**

Descriva il decorso della malattia

I disturbi si sono manifestati all'improvviso?

No, li avevo notati già da tempo                      Sì, il . . . . .

Da quale medico (indicare il nome) ha eseguito la visita e quando?

In data . . . . . ho consultato il dott./la dott.ssa

I disturbi si erano manifestati già precedentemente?

No                      Sì, per la prima volta il . . . . .

Aveva consultato un medico in quell'occasione?

No                      Sì, ho consultato il dott./la dott.ssa

**IN CASO DI INFORTUNIO: DI COSA SI TRATTA DI PRECISO?**

Descriva la dinamica dell'infortunio

Quali lesioni ha riportato?

Quando e dove è avvenuto l'infortunio?

Il giorno . . . . . alle ore :                      a

Ha consultato un medico?

No                      Sì, il . . . . . sono stato/a visitato/a dal dott./dalla dott.ssa

L'infortunio è stato causato da una terza persona?

No                      Sì, dal sig. / dalla sig.ra                      , domiciliato/a a

Questa persona ha un'assicurazione di responsabilità civile?

No / non lo so                      Sì, presso

Ci sono testimoni dell'infortunio?

No                      Sì, dal sig. / dalla sig.ra                      , domiciliato/a a

È stato redatto un verbale di polizia?

No                      Sì, dall'ufficio di

Al momento dell'infortunio era sotto l'effetto di farmaci, alcol o droghe?

No                      Sì, i seguenti

## IN OGNI CASO, È IN POSSESSO DI ALTRE POLIZZE ASSICURATIVE PER INTERRUZIONE DI VIAGGIO/MALATTIA?

Assicurazione viaggi presso

Assicurazione infortuni presso

Cassa malati presso

Assicurazione complementare presso

## 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](mailto: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

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

ricevute relative a spese impreviste/aggiuntive (vitto escluso)