HanseMerkur

Nome e indirizzo del cliente

Per favore, compilare il tutto e inviare a

HanseMerkur Reiseversicherung AG
c/o APS Brixen
Via Vittorio Veneto 69
39042 Bressanone (BZ)
E-Mail: Claim-service@hansemerkur.it

Dichiarazione di sinistro Assicurazione annullamento delle vacanze (RRV)

Sinistro n. / Assicurazione n.: _____

Gentile Cliente,
ha di nuovo dovuto annullare il Suo viaggio. Per un elaborare rapidamente il Suo sinistro, abbiamo bisogno di alcune importanti informazioni. A tal fine deve compilare questa dichiarazione di sinistro in modo completo e corretto.
La ringraziamo per il Suo impegno!

Avviso relativo alla tutela dei dati: la registrazione dei Suoi dati personali è finalizzata all'esecuzione del contratto. Per ulteriori informazioni sulla tutela dei dati e sui Suoi diritti a riguardo La invitiamo a consultare la pagina https://www.hmrv.de/en/privacy o a contattarci direttamente.

I. Informazioni sul viaggio :

1) Operatore turistico: _____ Meta del viaggio: _____

2) Ufficio turistico: _____

3) Prenotato il: _____ Annullato il: _____

4) Inizio del viaggio: _____ Fine del viaggio: _____

II. Per quali viaggiatori è stato annullato il viaggio? (Nome, indirizzo, data di nascita, recapito telefonico, e-mail)

1) _____

2) _____

3) _____

4) _____

5) _____

III. Nome e indirizzo della persona che ha provocato il sinistro:

_____

_____

Per favore, indichi anche il **grado di parentela**.

HanseMerkur Reiseversicherung AG
c/o APS Brixen, Via Vittorio Veneto 69, 39042 Bressanone (BZ)
E-Mail: Claim-service@hansemerkur.it

HanseMerkur

IV. Costi di annullamento / costi di viaggio di andata / riprenotazione:

Spese di annullamento risp. Costi _____ EUR, questi corrispondono al _____ % del prezzo del viaggio.

Spese di annullamento risp. Costi _____ EUR, questi corrispondono al _____ % del prezzo del viaggio.

Spese di annullamento risp. Costi _____ EUR, questi corrispondono al _____ % del prezzo del viaggio.

Si prega di notare che può essere applicata una franchigia a seconda della tariffa selezionata.

V. Motivo dell'annullamento del viaggio:

Malattia	☐	➔	Per favore, faccia compilare il questionario dal Suo medico curante.
Incidente	☐	}	
Gravidanza	☐	➔	Per favore, ci invii un attestato del medico curante o del ginecologo.
Intolleranza alla vaccinazione	☐	➔	Per favore, ci invii l'attestato medico.
Disoccupazione	☐	➔	Per favore, ci invii la lettera di licenziamento del Suo datore di lavoro e la conferma dell'ufficio di collocamento.
Decesso	☐	➔	Per favore, ci invii copia del certificato di decesso e ci comunichi il **grado di parentela**.

Motivazioni particolari: _____

Interruzione del viaggio: utilizzare la denuncia di sinistro per la copertura di garanzia del viaggio alla pagina http://www.hmrv.de/web/en/service/claim-service/notifications-of-claims.

Il sinistro (p.es. l'incidente) è stato causato da una terza persona? ☐ No ☐ Sì Se sì, indicare il nome e l'indirizzo esatto di questa persona, nonché il relativo n° di pratica e la stazione di polizia:

_____

Quando si è verificato l'incidente? _____

In caso di malattia: è stata presentata un'inabilità al lavoro (AU)? ☐ No ☐ Sì

Se sì, allegare una copia dell'attestazione di inabilità al lavoro alla documentazione relativa all'infortunio e indicare il nome e l'indirizzo del datore di lavoro:

_____

VI. Esiste eventualmente un'ulteriore assicurazione?

Esiste un'ulteriore copertura assicurativa in caso di recesso dal viaggio, p.es. presso un'altra compagnia d'assicurazione, attraverso una carta di credito (MasterCard, VISA, American Express) o attraverso la qualità di socio di un certo gruppo?

☐ No ☐ Sì In caso affermativo, indicare il n° d'assicurazione / n° di tessera associativa / n° di carta di credito e il nome dell'istituto erogatore della carta di credito, ovvero dell'associazione. _____

_____

Il sinistro è stato notificato anche presso tale istituto / associazione? ☐ No ☐ Sì

VII. Chi è il beneficiario a cui vengono eventualmente pagate le prestazioni assicurative? (Nome, indirizzo, coordinate bancarie, eventualmente IBAN, BIC, nome e indirizzo della banca)

_____

_____

_____

Firma dell'assicurato

HanseMerkur Reiseversicherung AG
c/o APS Brixen, Via Vittorio Veneto 69, 39042 Bressanone (BZ)
E-Mail: Claim-service@hansemerkur.it

HanseMerkur

VIII. Per favore, ci invii i seguenti documenti per poter elaborare il suo sinistro :

Polizza assicurativa	☒
Documentazione relativa all'avvenuto pagamento	☒
Conferma della prenotazione del viaggio/della polizza assicurativa	☒
Ricevuta di pagamento con prenotazione con carta di credito compresa la carta di credito	☒
1. Fattura del Operatore turistico (copia)	☒
Lista dei partecipanti dell'operatore turistico	☐
Originali dei costi delle spese di storno	☒
Condizioni di viaggio dell'operatore turistico	☐
Originale del contratto di affitto	☐
Condizioni di affitto dell'affittuario	☐
Originale dei biglietti aerei (rimborsi esclusi)	☐

La preghiamo di non fissare con una graffetta o un fermaglio i documenti! Grazie per il Suo aiuto.

HanseMerkur Reiseversicherung AG
c/o APS Brixen, Via Vittorio Veneto 69, 39042 Bressanone (BZ)
E-Mail: Claim-service@hansemerkur.it

IX. Indicazioni sulle conseguenze della violazione dei doveri dopo l'avviso

Avviso

Gentile Cliente,

abbiamo bisogno della Sua collaborazione dal momento in cui il sinistro è avvenuto.

Obbligo di informazione e chiarimento

In base agli accordi contrattuali con Lei stipulati, possiamo esigere, dopoché il sinistro si è verificato, che Lei ci fornisca ogni informazione utile all'accertamento del sinistro o all'estensione del nostro obbligo assicurativo (obbligo di dare informazioni) e ci dà la possibilità di un corretto controllo del nostro obbligo assicurativo in quanto ci fornisce tutte le informazioni utili al chiarimento delle circostanze in cui il sinistro si è verificato. Possiamo parimenti pretendere che Lei metta a disposizione ricevute/documenti, per quanto sia possibile pretenderli.

Libertà di prestazione

Se Lei, contrariamente agli accordi contrattuali, intenzionalmente non fornisce alcuna informazione veritiera o non ci mette intenzionalmente a disposizione le ricevute o i documenti richiesti, perde il diritto alla prestazione assicurativa. Violando colposamente questi obblighi, perde il diritto alla prestazione assicurativa anche se non completamente ma noi siamo autorizzati a diminuirla, a seconda della gravità della Sua colpa. Una riduzione non avviene se Lei dimostra di non aver violato l'obbligo assicurativo per colpevolezza grave.

Nonostante la violazione dei Suoi obblighi a fornire informazioni e chiarimenti o a procurarsi ricevute o documenti, siamo comunque obbligati a garantire le prestazioni assicurative se Lei dimostra che la violazione intenzionale colposa non era la causa né della violazione degli obblighi per l'accertamento del sinistro, né per l'accertamento o l'entità dei nostri obblighi contrattuali.

Se viola l'obbligo di fornire informazioni per chiarimento o appositamente di mettere a disposizione ricevute e documenti, saremo comunque esonerati dall'obbligo assicurativo.

Avviso:

Se il diritto a copertura assicurativa spetta non a Lei, ma a terzi, anche questi avrà l'obbligo di fornire informazioni, chiarimenti e ricevute o documenti.

Luogo: _____ Data: _____

_____

Firma del contraente e della persona assicurata o del rappresentante legale

X. Dichiarazioni finali

Confermo che le mie suddette dichiarazioni sono veritiere e complete. Sono informato del fatto che informazioni non corrette possono comportare la perdita della copertura assicurativa. Sono a conoscenza dei precedenti avvisi sulle conseguenze per violazione degli obblighi contrattuali al subentrare di un sinistro.

Inoltre rinuncio alle mie pretese e richieste contro un responsabile d'incidente o contro la mia cassa mutua pubblica o privata per l'ammontare del risarcimento della HanseMerkur Assicurazione annullamento viaggi AG che cedo alla HanseMerkur Assicurazione annullamento viaggi AG.

Luogo: _____ Data: _____

_____

Firma del contraente e della persona assicurata o del rappresentante legale

HanseMerkur Reiseversicherung AG
c/o APS Brixen, Via Vittorio Veneto 69, 39042 Bressanone (BZ)
E-Mail: Claim-service@hansemerkur.it

Assicurazione n°: **Sinistro n°:**

XI. Consenso all'acquisizione e all'utilizzo di dati sanitari, dichiarazione di esonero dall'obbligo di segretezza e certificazione medica

1. Acquisizione, memorizzazione e utilizzo dei dati sanitari da voi comunicati da parte di HanseMerkur Reiseversicherung AG

Acconsento che la HanseMerkur Reiseversicherung AG acquisisca, memorizzi e impieghi i dati sanitari che comunico in questa domanda di prestazione e che comunicherò in futuro, salvo che ciò sia necessario per l'esecuzione, la verifica della prestazione o la cessazione di questo contratto d'assicurazione.

2. Consenso specifico alla verifica dell'obbligo di prestazione (esonero dall'obbligo di segretezza)

Se non siete voi a esservi ammalati o infortunati, vi invitiamo a far firmare la dichiarazione dalla persona i cui dati sanitari devono essere acquisiti e/o impiegati (persona assicurata o persona a rischio, p.es. genitori, figli, nonni, ecc.).

La dichiarazione non costituisce un esonero generale dall'obbligo di segretezza, bensì si estende soltanto alle informazioni riguardanti le patologie che sono connesse allo storno del viaggio. Voi, ovvero la persona i cui dati sanitari devono essere acquisiti, avete la possibilità di rifiutarvi di formulare le seguenti dichiarazioni. In tale caso, un eventuale obbligo di prestazione da parte di HanseMerkur Reiseversicherung AG verrà sospeso almeno fino al momento in cui essa avrà nuovamente la possibilità di effettuare la verifica della prestazione.

Acconsento che la HanseMerkur Reiseversicherung acquisisca i seguenti miei dati sanitari presso i medici indicati di seguito, nel caso in cui ciò sia necessario per la verifica del caso prestazione

Nome: _____ _____
Indirizzo: _____ _____

Nome: _____ _____
Indirizzo: _____ _____

Nome: _____ _____
Indirizzo: _____ _____

e li usi con la finalità di verifica dell'obbligo di prestazione.

Esonero le suddette persone e i suddetti collaboratori delle citate istituzioni dall'obbligo di segretezza e acconsento che i miei dati sanitari ivi archiviati in maniera affidabile e derivanti da visite, consulti, trattamenti, ed anche i dati ricavati da domande e contratti d'assicurazione di altre compagnie di assicurazione, possano venire trasmessi alla HanseMerkur Reiseversicherung AG.

Concordo inoltre sul fatto che in questo contesto – laddove necessario – la HanseMerkur Reiseversicherung AG trasmetta i miei dati sanitari a queste istituzioni ed esonero in tal senso anche le persone che operano per la HanseMerkur Reiseversicherung AG dal loro obbligo di segretezza.

3. Trasmissione dei dati ai fini di una valutazione medica

Allo scopo di verificare l'obbligo di prestazione può essere necessario ottenere una valutazione medica. In tale contesto la HanseMerkur Reiseversicherung AG ha bisogno del vostro consenso e dell'esonero dall'obbligo di segretezza. Vi informeremo riguardo la trasmissione dei dati.

Do il mio consenso affinché la HanseMerkur Reiseversicherung AG trasmetta i miei dati sanitari a medici preposti alla stesura di una valutazione medica, nella misura in cui ciò sia necessario per la verifica dell'obbligo di prestazione e acconsento che i miei dati sanitari vengano utilizzati in tale sede secondo le finalità e i risultati vengano ritrasmessi alla HanseMerkur Reiseversicherung AG.

Riguardo i miei dati sanitari e ulteriori dati tutelati dalla legge, esonero le persone che operano per la HanseMerkur Reiseversicherung AG e i medici dal loro obbligo di segretezza.

HanseMerkur Reiseversicherung AG
c/o APS Brixen, Via Vittorio Veneto 69, 39042 Bressanone (BZ)
E-Mail: Claim-service@hansemerkur.it

4. Delega di mansioni ad altre entità

La HanseMerkur Reiseversicherung non svolge in prima persona determinate mansioni, come per esempio il servizio di emergenza o la consulenza telefonica ai clienti, in cui possono rientrare l'acquisizione, il trattamento o l'utilizzo dei vostri dati sanitari, bensì delega l'espletamento a un'altra società o a un'altra entità. La HanseMerkur Reiseversicherung AG tiene un elenco sempre aggiornato delle entità e delle categorie di entità che acquisiscono, trattano o utilizzano dati sanitari per la HanseMerkur Reiseversicherung AG, secondo quanto pattuito, con indicazione delle mansioni delegate. L'elenco attuale può essere visualizzato in Internet all'indirizzo https://www.hmrv.de/en/privacy oppure può essere richiesto per iscritto.

Acconsento che la HanseMerkur Reiseversicherung AG trasmetta i miei dati sanitari alle entità indicate nel suddetto elenco e i miei dati sanitari vengano ivi acquisiti, trattati o utilizzati per le indicate finalità, nello stesso modo in cui lo farebbe la HanseMerkur Reiseversicherung AG. Laddove necessario, esonero dall'obbligo di segretezza i collaboratori di HanseMerkur Reiseversicherung AG e le altre entità con riguardo alla trasmissione di dati sanitari e di altri dati tutelati dalla legge.

5. Inoltro dei dati a compagnie di riassicurazione

Per garantire l'adempimento delle vostre esigenze, la HanseMerkur Reiseversicherung AG può rivolgersi a compagnie di riassicurazione, che si prendono carico interamente o parzialmente dei rischi. Affinché la compagnia di riassicurazione possa farsi un'idea propria del caso assicurativo, è possibile che la HanseMerkur Reiseversicherung AG esibisca la vostra domanda di prestazione al riassicuratore. Se una compagnia di riassicurazione si è accollata la copertura del rischio, essa ha la facoltà di verificare se la HanseMerkur Reiseversicherung ha valutato correttamente il caso di prestazione. Al fine di conteggiare i premi e i casi di prestazione, possono venire inoltrati alle compagnie di riassicurazione dati riguardanti i vostri contratti in corso.

Per le finalità sopra descritte si impiegano dati possibilmente anonimizzati o pseudo-anonimizzati, tuttavia anche dati sanitari personali. I vostri dati personali vengono utilizzati dai riassicuratori soltanto per le finalità predette. La HanseMerkur Reiseversicherung provvederà a informarvi riguardo la trasmissione dei vostri dati sanitari alle compagnie di riassicurazione.

Acconsento che i miei dati sanitari, nella misura necessaria, vengano trasmessi a compagnie di riassicurazione e da esse utilizzate per le finalità citate. Laddove necessario, esonero le persone che operano per la HanseMerkur Reiseversicherung AG dall'obbligo di segretezza riguardo i dati sanitari e altri dati tutelati per legge.

_____ li _____ _____

Luogo Data Firma della persona riguardo cui vengono acquisiti dati risp. del rappresentante legale

HanseMerkur Reiseversicherung AG
c/o APS Brixen, Via Vittorio Veneto 69, 39042 Bressanone (BZ)
E-Mail: Claim-service@hansemerkur.it

HanseMerkur

Certificato medico:

Assicurazione n°:
Sinistro n°:

Egr. Signora/Signor/Dottor,
La preghiamo di rispondere alle seguenti domande in modo completo in stampatello nell'interesse della Sua/del Suo paziente per valutare l'obbligo di indennizzo dell'Assicurazione annullamento viaggi.
(Se necessario la preghiamo di scrivere le Sue aggiunte su un foglio separato.)

Nome del paziente Data di nascita

Via, codice postale, città

1. a) Diagnosi precisa con codice ICD sullo storno dell'annullamento del viaggio a causa della malattia/dell'incidente:
   _____
   b) Antefatto/Anamnesi completa dell'avvenimento (eventualmente su un foglio extra): _____
   _____
2. Quando è stata formulata la diagnosi o quando è avvenuto l'incidente? _____
3. Quando ha preso per la prima volta contatto con il medico per questo disturbo? _____
4. a) Sussisteva inabilità al lavoro? ☐ No ☐ Si, dal _____ al _____
   Se sì, per favore aggiungere il certificato di inabilità al lavoro.
   b) Se no, per favore motivare: _____
5. Trattamento stazionario? ☐ No ☐ Si, da _____ a _____
   Se sì, per favore aggiungere il certificato di inabilità al lavoro.
6. Quali provvedimenti terapeutici sono stati avviati? Per favore, indicare anche le medicine utilizzate.
   _____
7. a) Quando sono avvenuti per questa malattia in particolare dei trattamenti (per favore, indicare la data)?
   _____
   b) Quali esami sono in particolare stati eseguiti? _____
   _____
8. a) La malattia sussisteva già da molto tempo? ☐ No ☐ Sì, da quando con precisione? _____
   b) Quando sono stati effettuati dei singoli trattamenti negli ultimi anni, riguardo alla malattia sopra indicata? Per favore, indicare le date precise! _____
   _____
   c) In quali di queste date è avvenuto un trattamento a causa di un peggioramento della malattia esistente?
   _____
9. a) Le è stato chiesto se era capace di sostenere un viaggio al momento della prenotazione?
   ☐ No ☐ Sì. la prima volta il _____
   b) Se sì, cosa è stato consigliato alla/al paziente o ai famigliari e più precisamente cosa è stato fatto notare?
   _____
10. Dopo aver prenotato il viaggio (data vedi punto 9a.) è stato domandato se era in grado di sostenere il viaggio?
    ☐ No ☐ Sì, la prima volta il _____
    l'ultima volta il _____
11. Quando Le è stato sconsigliato di intraprendere il viaggio? Data: _____
    Motivazione: _____
12. Le è stata consigliata una visita specialistica? ☐ No ☐ Si, il: _____

_____
Per favore, indicare qui il nome e l'indirizzo del medico.

_____ _____
Timbro e firma del medico **Luogo / Data**

HanseMerkur Reiseversicherung AG
c/o APS Brixen, Via Vittorio Veneto 69, 39042 Bressanone (BZ)
E-Mail: Claim-service@hansemerkur.it