Nome e indirizzo del cliente

Per favore completare interamente e rimandare

Solid Assicurazioni
c/o Mobi24 Call Service Center SA
Bundesgasse 35
Casella postale
3001 Berna

Avviso di sinistro Garanzia per le ferie

(Sospensione di un viaggio-assicurazione) per l'assicurazione n°: _____

Gentile Cliente,
purtroppo deve sospendere, interrompere o allungare il suo viaggio diversamente da come programmato. Per una veloce elaborazione del suo sinistro abbiamo bisogno dei suoi dati. A questo proposito compili per favore in modo corretto e completo il seguente avviso di sinistro. La ringraziamo per il disturbo!

I. Dati del viaggio:

1) Organizzatore del viaggio: _____ Motivo del viaggio: _____

2) Agenzia di viaggi: _____

3) Prenotato il: _____ interrotto il:

4) Inizio del viaggio: _____ fine del viaggio originale: _____

II. Quali partecipanti al viaggio hanno dovuto interromperlo? (Nome, indirizzo, data di nascita, n° di telefono)

1) _____

2) _____

3) _____

4) _____

5) _____

6) _____

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

_____

Per favore indichi anche il **rapporto di parentela**.

Solid Assicurazioni
c/o Mobi24 Call Service Center SA, Bundesgasse 35,
Casella postale, 3001 Berna
Telefono 031 389 80 98, Telefax 031 389 84 42, www.solidab.ch

SOLID INSURANCE

IV. Motivo della sospensione del viaggio:

Malattia ☐
Infortunio ☐
} Per favore faccia compilare il questionario allegato dal medico curante.

Gravidanza ☐ ➔ Per favore ci mandi un certificato del medico curante oppure ginecologo.

Compatibilità di vaccinazione ☐ ➔ Bitte senden Sie uns eine ärztliche Bestätigung.

Disoccupazione ☐ ➔ Per favore ci invii la lettera di licenziamento del datore di lavoro e la conferma dell'ufficio di collocamento.

Decesso ☐ ➔ Per favore ci invii il certificato di morte in copia e ci comunichi il rapporto di parentela.

Altri motivi: _____

Se il sinistro (per es. incidente) è stato causato da uno sconosciuto, ci comunichi per favore il nome e l'esatto indirizzo di questa persona. Se questa ha causato degli incidenti stradale, anche il numero della targa delvehicolo e l'assicurazione della responsabilità civile:

_____

Quando è avvenuto il sinistro? _____

Sono subentrati costi per la sospensione del viaggio? ☐ No ☐ Si

Se sì, quali? _____

_____

V. A chi devono venire pagati eventuali contributi assicurativi? (Nome, indirizzo, dati della banca, eventualmente IBAN, BIC, nome e indirizzo della banca per pagamenti all'estero)

_____

_____

_____

Firma dell'assicurato

VI. Per favore ci invii i seguenti documenti affinché possiamo elaborare per Lei il sinistro:

Polizza assicurativa	☒	Attestazione del pagamento dell'assicurazione - premio	☒
Conferma della prenotazione del viaggio/ 1. Fattura dell'organizzatore del viaggio (in copia)	☒	Elenco dei partecipanti compilato dall'organizzatore del viaggio	☐
Eventualmente annullamento dei costi originale	☐	Condizioni di viaggio redatte dall'organizzatore del viaggio	☐
Contratto di affitto originale	☐	Condizioni di affitto del locatore	☐
Scontrini dei costi del viaggio di ritorno originali (ad es. biglietti aerei o ferroviari)	☐	Convalida del locatore che non sarebbe stata possibile	☐
Certificato del medico sul luogo di vacanza	☒	Attestazione del pagamento alla prenotazione con carta di credito	☐

Per cortesia non pinzi o attacchi i documenti! Grazie per la collaborazione.

Solid Assicurazioni
c/o Mobi24 Call Service Center SA, Bundesgasse 35,
Casella postale, 3001 Berna
Telefono 031 389 80 98, Telefax 031 389 84 42, www.solidab.ch

Assicurazione/pratica/prenotazione n°:_____
Per favore specifichi ove non è stato indicato

Sinistro n°:_____
Per favore specifichi ove è noto

Le persone sottoscritte autorizzano Solid Assicurazioni a trattare i dati relativi al sinistro, il trattamento dello stesso ed a trasmettere questi dati a terzi, in Svizzera o all'estero, per esempio ai co- assicuratori oppure alle assicurazioni incaricate del ricorso.

Solid Assicurazioni è pure autorizzata a raccogliere i dati relativi al sinistro presso autorità amministrative o presso terzi nonché a prendere conoscenza di incarti amministrativi o dei tribunali, finché questi dati servono al trattamento del sinistro. Solid Assicurazioni s'impegna a trattare tali dati in modo confidenziale.

Luogo: _____ Data: _____

_____
Firma del contraente e della persona assicurata o del rappresentante legale

Solid Assicurazioni
c/o Mobi24 Call Service Center SA, Bundesgasse 35,
Casella postale, 3001 Berna
Telefono 031 389 80 98, Telefax 031 389 84 42, www.solidab.ch

IX. Esenzione dall'obbligo del segreto professionale e dalla presentazione del certificato medico

Assicurazione n°:
Sinistro n°:

Gentile assicurato/a,

per favore firmi la seguente dichiarazione e inoltri questo modulo al medico curante. Ove non sia Lei stesso la persona ammalata o che ha subito un infortunio faccia firmare la dichiarazione sull'esonero dall'obbligo del segreto professionale alla persona malata o che ha subito infortunio (persona assicurata o persona a rischio come ad es. genitori, figli, nonni ecc.). La dichiarazione non implica nessun esonero generale dall'obbligo di segreto professionale bensì comprende le informazioni sull'annullamento o la sospensione del viaggio per malattia in corso ovvero la compromissione fisica o mentale causata dall'incidente (comprese eventualmente malattie precedenti e disturbi).

Avviso: Lei o la persona i cui dati riguardanti la salute devono venire rilevati, hanno la possibilità di rifiutare la dispensa dal segreto professionale. In tal caso, l'obbligo di prestazione della Solid Assicurazioni rimane sospeso fino al momento in cui questa ha nuovamente la possibilità di eseguire una verifica delle prestazioni.

Dichiarazione di vincolo di segreto professionale:

Sono informato che Solid Assicurazioni per verificare le Sue prestazioni si procura e controlla le informazioni su tutte le malattie che hanno portato al sinistro o su tutte le costrizioni fisiche provocate da un incidente che vengono usate come motivazione del risarcimento. A questo scopo dispenso dal vincolo di segreto professionale tutte le persone nominate più avanti con professioni mediche o impiegate in ospedali e assicuratori-malattie nominati nella mia documentazione o che sono hanno partecipato a trattamenti terapeutici, anche dopo il mio decesso. Riguardo a trattamenti terapeutici come medico o dentista o altri mestieri terapeutici svolti in precedenza, questa dispensa dal segreto professionale è valida solo se queste informazioni sono necessarie al controllo della prestazione assicurativa.

Dispenso dal loro segreto professionale i seguenti medici e gli altri operatori sanitari (per favore, indicare nome e indirizzo completi):

1.) _____

2.) _____

3.) _____

Rilascio questa dichiarazione anche per i miei eventuali figli assicurati e per tutte le altre persone da me legalmente tutelate che non possono comprendere da sole il significato di questa dichiarazione.

Anche una copia di questa autorizzazione ha validità.

_____	_____	_____
Luogo	Data	Firma della persona i cui dati devono venire rilevati

Solid Assicurazioni
c/o Mobi24 Call Service Center SA, Bundesgasse 35,
Casella postale, 3001 Berna
Telefono 031 389 80 98, Telefax 031 389 84 42, www.solidab.ch

Certificato medico:

Assicurazione n°:
Sinistro n°:

Gentile dottore/ssa,
La preghiamo di rispondere in modo completo, in stampatello, alle seguenti domande nell'interesse del nostro cliente/suo paziente affinché noi possiamo giudicare l'obbligo di prestazione dell'assicurazione sulla sospensione del viaggio (garanzia per le ferie).

Nome del paziente _____ Data di nascita _____

Via, CP, Luogo di residenza _____

1. a) Quale malattia/incidente ha provocato la sospensione del viaggio? Per favore inserire la diagnosi esatta con codice ICD: _____

   b) Anamnesi/anamnesi complessiva (eventualmente supplemento): _____

2. Quando è effettuata fatta la diagnosi ovvero quando è avvenuto l'incidente? _____
3. Quando è stato consultato per la prima volta un medico per questo disturbo? _____
4. a) Sussiste l'inabilità al lavoro? ☐ No ☐ Si, dal _____ al _____
   Se sì per favore alleghi una copia del certificato di inabilità al lavoro!

   b) Se no, per favore scrivere la motivazione: _____
5. Trattamento in istituto? ☐ No ☐ Si, dal _____ al _____
   Se sì per favore alleghi assolutamente anche il rapporto della dimissione o il referto dell'accettazione!
6. Quali provvedimenti terapeutici sono stati avviati? Per favore indicare i medicamenti prescritti!
7. a) Quando sono avvenuti i trattamenti per questa malattia nel particolare (per favore indicare la data)?

   b) Quali indagini sono state condotte nel particolare? _____
8. a) La malattia dura da molto tempo? ☐ No ☐ Sì, da quando esattamente? _____

   b) Quando specialmente negli ultimi due anni sono avvenuti per questa malattia trattamenti nel particolare? Per favore con la data precisa!

   c) Quando è avvenuto il trattamento a causa di un peggioramento della malattia _____
9. Esistendo in quel momento già la prenotazione del viaggio (data: _____) ritiene che il paziente/la paziente sarebbe potuto/a partire senza rischi per la sua salute? _____
10. Erano state richieste ulteriori idoneità per il viaggio? ☐ No ☐ Sì, a partire da _____
    fino a _____
11. Quando (data) ha consigliato la sospensione del viaggio? _____
12. É avvenuta anche una richiesta di visita specialistica? ☐ No ☐ Sì, il: _____

Per favore inserisca qui il nome e l'indirizzo del medico!

Luogo/timbro della data _____ **e firma del medico** _____

Solid Assicurazioni
c/o Mobi24 Call Service Center SA, Bundesgasse 35,
Casella postale, 3001 Berna
Telefono 031 389 80 98, Telefax 031 389 84 42, www.solidab.ch