

Nome e cognome del cliente

Per favore, compilare il tutto e inviare a

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

Dichiarazione di sinistro
Assicurazione annullamento delle vacanze

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!

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)**

1) _____
2) _____
3) _____
4) _____
5) _____
6) _____

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

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

IV. Motivo dell'annullamento del viaggio:

Malattia	☐	}		
Incidente	☐			Per favore, faccia compilare il questionario dal Suo medico curante.
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 .

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 del veicolo e l'assicurazione della responsabilità civile: _____

Quando si è verificato il sinistro? _____

In caso di malattia sussisteva inabilità al lavoro (AU)? ☐ No ☐ Sì

Se sì, accluda alle pratiche relative al sinistro, una copia del certificato di inabilità al lavoro e ci comunichi il nome e l'indirizzo del datore di lavoro: _____

V. Interruzione del viaggio (nel caso che sia incluso nella tariffa stipulata):

Motivo dell'interruzione del viaggio: _____

Quando precisamente è stato interrotto il viaggio (data/eventualmente ora): _____

Se la tariffa assicurativa da Lei stipulata comprende delle garanzie in caso di interruzione del viaggio, accluda i documenti originali per i costi addizionali derivati dal viaggio di ritorno, per es. fatture alberghiere, biglietti aerei e ferroviari o consimile acceso.

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

Firma dell'assicurato

VII. 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	☒
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)	☐	Ricevuta di pagamento con prenotazione con carta di credito compresa la carta di credito	☒

Per favore, non spillare o rilegare connettere la documentazione! La ringraziamo per la Sua collaborazione.

Numero dell'assicurazione, dell'operazione e della prenotazione: _____ **Sinistro n°:** _____

Per favore, lo indichi se non già prestabilito

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

X. Vincolo di segreto professionale e certificato medico**Assicurazione n°:**
Sinistro n°:

Gentile assicurata/o,

per favore, firmi la seguente dichiarazione e inoltri questo modulo al medico curante. Se non è malato o incidentato Lei personalmente, faccia firmare la dichiarazione di dispensa dal segreto professionale alla persona malata o incidentata (persona assicurata o persona sottoposta a rischio come per es. genitori, bambini, nonni, ecc.). La presente dichiarazione non rappresenta una dispensa generale dal segreto professionale, ma solo a informazioni riguardanti malattie o incidenti che causano costrizioni fisiche o psichiche che causano lo storno o l'interruzione del viaggio.

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.) _____

Questa dichiarazione è valida anche per i miei bambini con me assicurati e per tutte le altre persone da me rappresentate che non sono in grado di capire il significato di questa dichiarazione.

Anche una copia di questa delega mantiene la Sua validità.

_____ il _____
Luogo Data

Firma della persona i cui dati vengono richiesti

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 ☐ Sì, dal _____ al _____

Se sì, per favore aggiungere il certificato di inabilità al lavoro.

b) Se no, per favore motivare:

5. Trattamento stazionario? ☐ No ☐ Sì, dal _____ al _____

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?

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 familiari e più precisamente cosa è stato fatto notare?

9. 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 _____

10. Quando Le è stato sconsigliato di intraprendere il viaggio? Data: _____

Motivazione: _____

12. Le è stata consigliata una visita specialistica? ☐ No ☐ Sì, il: _____

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

Timbro e firma del medico

Luogo / Data