

## Modulo per la segnalazione dei sinistri annullamento prima della partenza

LibertyCard      LibertyCard Plus

N° sinistro (viene compilato da Allianz Assistance)

### 1. Dettagli sulla persona assicurata

Cognome

Nome

Strada/N°

CAP/Luogo

N° di telefono privato

N° di telefono ditta

Professione

Data di nascita

E-Mail

### 2. Informazioni sul versamento delle prestazioni

Conto bancario (IBAN)

Banca

CAP/Luogo

Titolare del conto (nome, indirizzo)

Conto postale (IBAN)

Ha pagato il viaggio con una carta diversa rispetto alla carta di credito sopra citata?

Si

No

Se sì, indicare società di carta di credito

N° carta di credito

Scadenza

### 3. Dettagli su coperture assicurative supplementari

È assicurato presso un'altra compagnia per le spese d'annullamento?

Si

No

Compagnia

Agenzia

N° polizza

### 4. Dettagli sul motivo dell'annullamento

Per quale motivo è stato annullato il viaggio?

malattia

infortunio

decesso

gravidanza

Altro evento, quale?

Quale persona è stata colpita dall'evento?

Questa persona è imparentata con i viaggiatori?

Si

No

Se sì, qual è il rapporto di parentela?

## 5. Dettagli sul viaggio programmato

Organizzatore del viaggio/Tour-Operator/Locatore	Agenzia di viaggi/Luogo d'iscrizione		
Data dell'iscrizione definitiva	Durata del viaggio dal/al	privato	d'affari
Destinazione	Quando è stata emessa la polizza		
Data dell'annullamento	Quanti giorni prima della partenza		

Vogliate elencare i viaggiatori, che hanno annullato l'arrangiamento

1. Nome/Cognome	relazione di parentela
2. Nome/Cognome	relazione di parentela
3. Nome/Cognome	relazione di parentela
4. Nome/Cognome	relazione di parentela

Prezzo del viaggio CHF per persona	x (numero di persone)	= (Totale CHF)
Spese d'annullamento CHF per persona	x (numero di persone)	= (Totale CHF)

### Dichiarazione

Confermo che le indicazioni sopra riportate corrispondono alla verità e sono complete. Prendo nota che non riceverò alcuna prestazione assicurativa se le mie indicazioni non sono veritiere, sono incomplete o contraddittorie, anche se all'assicuratore non deriva alcun inconveniente da ciò. Mi dichiaro d'accordo sul fatto che Allianz Assistance (Svizzera) prenda informazioni e visione degli atti presso tour operatore e intermediari di viaggio, impresa di trasporti, autorità (polizia, tribunali ecc.) o altri assicuratori e sollevi quest'ultimi dal loro obbligo di riservatezza legale o contrattuale. In base alle informazioni in mio possesso, riconosco e autorizzo, se necessario, il trasferimento integrale o parziale dei dati forniti ai fini della verifica del mio diritto alle prestazioni a prestatori di servizi operanti in ambito nazionale o europeo e soggetti a norme di protezione dei dati comparabili a quelle svizzere.

### Liberazione del segreto professionale

So, che Allianz Assistance (Svizzera) ha bisogno di diverse informazioni affinché possa verificare e accettare il sinistro. Per questo motivo esonero i medici e loro ausiliari, menzionati nella documentazione presente o i quali erano coinvolti nel trattamento, dal segreto professionale, e precisamente al di là della mia morte. Per quanto concerne malattie pregresse ed esistenti questa liberazione è solo valida nel caso che le informazioni siano necessarie per la verifica del sinistro. Inoltre esonero i medici fiscali della Allianz Assistance (Svizzera) dal segreto professionale nei confronti dei dipendenti della Allianz Assistance (Svizzera) coinvolti nell'elaborazione del sinistro annunciato. Sono consapevole che Allianz Assistance (Svizzera), nell'ambito dell'elaborazione dei casi di sinistro, potrebbe avvalersi integralmente o parzialmente dei servizi di aziende giuridicamente autonome del Gruppo Allianz soggette a norme comparabili di protezione dei dati in ambito nazionale o europeo; autorizzo il trasferimento dei miei dati personali e dei dati riguardanti il caso di sinistro, inclusi i dati personali sensibili, alle aziende di servizio di cui sopra a detto scopo di elaborazione.

**Luogo, data** **Firma dell'assicurato** (minorenni firma del tutore legittimo)

### Onde permetterci di trattare il caso la preghiamo di inviarci i seguenti documenti:

la fattura dell'annullamento

la fattura dell'arrangiamento/conferma originaria della prenotazione

documenti ovvero certificati ufficiali che attestano il verificarsi del sinistro (ad es. certificato medico dettagliato con diagnosi, certificato del datore di lavoro, rapporto della polizia ecc.)

condizioni contrattuali dell'agente di viaggio/operatore turistico

## Rapporto medico annullamento prima della partenza

LibertyCard    LibertyCard Plus

N° sinistro (viene compilato da Allianz Assistance)

1. a) Anamnesi con data della prima consultazione medica (in caso di gravidanza la data dell'accertamento)

b) Diagnosi che determinano l'incapacità di viaggiare con data dell'effettuazione della diagnosi (in caso di gravidanza indicare la presunta data del parto)

c) In che data il paziente vi ha messo al corrente del viaggio?

d) In che data il paziente è stato messo al corrente della sua incapacità di viaggiare?

e) Al momento della prenotazione del viaggio esisteva CAPACITÀ ad affrontare il viaggio? Si    No

2. a) Sono stati prescritti medicinali? Si    No

Se sì, che tipo di medicinali?

b) Ci sono stati ulteriori controlli? Si    No

Se sì, date di trattamento

c) E' stata effettuata un'operazione? Si    No

Se sì, data dell'operazione

Quando è stata fissata la data dell'operazione?

Si tratta di un intervento a scelta? Si    No

d) Altre terapie/provvedimenti?

3. a) È stato necessario un ricovero in ospedale/clinica? Si    No

Se sì, dove? da fino

b) Il paziente è stato inabile al lavoro? % Si    No

Se sì, da quando a quando. Se no, indicare il motivo

### 4. Malattia o incidente di una persona che non partecipa al viaggio

Relazione nei confronti della persona assicurata

Data di nascita

Quando è subentrata la malattia (in caso di incidente, indicarne la data)?

Diagnosi

Quando è stato possibile riconoscere che la presenza della persona assicurata era necessaria in relazione allo stato di salute del paziente?

Luogo, data

Firma e timbro del medico