

Dichiarazione di sinistro

Annullamento viaggio/partenza ritardata

1. Informazioni sul titolare della carta

Prime 8 cifre della carta Swissquote Premium Debit Mastercard : _____

Cognome _____ Nome _____

Via / N° _____ NPA _____ Luogo _____

N° di telefono _____ E-mail _____

Data di nascita _____

2. Informazioni sul pagamento delle prestazioni

Titolare del conto bancario (Nome, Indirizzo) _____

Numero IBAN _____

3. Informazioni su altre assicurazioni

Ha un'altra assicurazione viaggio Sì ☐ No ☐

Se sì, presso quale compagnia ? _____ N° di polizza _____

4. Informazioni sul viaggio prenotato inizialmente

a) Hai pagato almeno il 50% del viaggio con la Sua Swissquote Premium Debit Mastercard? Sì ☐ No ☐

b) Tipo di viaggio privato ☐ di lavoro ☐

c) Data della prenotazione _____

d) Data del viaggio dal _____ al _____

e) Destinazione Paese _____

Luogo _____

5. Informazioni sull'annullamento del viaggio/partenza ritardata

a) Motivi dell'annullamento del viaggio:

- ☐ Malattia ☐ Infortunio ☐ Complicazioni della gravidanza ☐ Decesso di una persona assicurata
- ☐ Malattia ☐ Infortunio ☐ Complicazioni della gravidanza ☐ Decesso di un parente stretto
- ☐ Malattia ☐ Infortunio ☐ Complicazioni della gravidanza ☐ Decesso del sostituto sul posto di lavoro
- ☐ Furto con scasso o danni all'abitazione dell'assicurato (calamità naturale, incendio o danni da acqua)
- ☐ Furto di un documento di viaggio 24 ore prima dell'inizio del viaggio (passaporto, carta di credito o biglietto di viaggio)
- ☐ Circostanze eccezionali a destinazione

b) Data di annullamento _____

c) Breve descrizione del sinistro

d) Se il viaggio non è stato annullato immediatamente, si prega di indicare i motivi:

6. Partecipanti e danni a causa dell'annullamento del viaggio/partenza ritardata

6.1 Si prega di indicare tutti i partecipanti coinvolti :

Cognome, nome	Indirizzo	Data di nascita	Relazione con la persona assicurata

a) Una o più delle persone sopra indicate possiedono un'altra assicurazione viaggio ?

☐ Sì ☐ Non

b) Se sì, questa assicurazione copre anche la Sua parte ?

☐ Sì ☐ Non

6.2 Si prega di elencare i costi richiesti qui di seguito

Data	Prestazione (annullata/non usufruita)	Prenotata presso	Importo in CHF

7. Documenti

7.1 Documenti di viaggio

- ☐ Fattura/conferma di prenotazione per ogni servizio
- ☐ Fattura/conferma di annullamento per ogni servizio
- ☐ Prova di pagamento del viaggio con la carta Swissquote Premium Debit Mastercard
- ☐ Condizioni generali (o condizioni di annullamento) del fornitore

7.2 Prove dell'annullamento/partenza ritardata

- In caso di malattia/incidente/complicazioni della gravidanza:
 - ☐ Copia del certificato medico, di ospedalizzazione (obbligatorio in caso di opedalizzazione), radiografie, analisi o qualsiasi altro documento che consenta al nostro medico di valutare la tua richiesta
- In caso di decesso :
 - ☐ Certificato di decesso
- In caso di furto
 - ☐ Verbale di polizia
- ☐ Qualsiasi altro documento che giustifichi la causa dell'annullamento del viaggio

7.3 Documenti sulle persone assicurate

- ☐ Attestazioni di domicilio
- ☐ Documento che giustifica il grado di parentela, se il cognome non è identico

Dichiarazione

Confermo l'esattezza e la completezza delle informazioni fornite sopra. Prendo atto che posso perdere il mio diritto alla prestazione assicurativa se le mie informazioni sono imprecise, incomplete o contraddittorie, anche se ciò non comporta alcun danno all'assicuratore. Accetto che Europ Assistance (Svizzera) Assicurazione SA si informi presso gli organizzatori di viaggi, gli intermediari, le società di trasporto, Swissquote Bank SA e le società incaricate da Swissquote Bank SA, le autorità (polizia, tribunali, ecc.), altri assicuratori e qualsiasi altra parte interessata. Sollevo queste entità da qualsiasi obbligo di riservatezza nei loro confronti. Confermo di aver ricevuto, compreso e accettato i termini e le condizioni generali dell'assicurazione (CGA).

Obbligo del segreto professionale

Autorizzo Europ Assistance (Svizzera) Assicurazione SA a verificare e trattare i dati che mi riguardano necessari per valutare l'obbligo di fornire prestazioni e per trattare il sinistro che ho dichiarato. Ciò include, in particolare, le indagini mediche presso i medici, ospedali, ecc., nell'ambito delle quali sollevo espressamente i medici e il personale sanitario dal loro dovere di riservatezza. Se necessario, i dati saranno trasmessi a terzi interessati in Svizzera e all'estero, inclusi co-assicuratori, riassicuratori e altre parti coinvolte nel trattamento del sinistro.

Informazioni dettagliate sul trattamento dei dati personali sono disponibili al seguente indirizzo:

www.europ-assistance.ch/ch-fr/declaration-de-confidentialite

Liberatoria sul segreto bancario

Gli assicurati accettano che il contraente dell'assicurazione o Europ Assistance (Svizzera) Assicurazione SA possa avvalersi di terzi per l'esecuzione delle loro missioni. Il titolare della carta assicurata accetta che Europ Assistance (Svizzera) Assicurazione SA possa verificare con il contraente dell'assicurazione se il titolare della carta assicurata possedeva un contratto di carta assicurata valido alla data del sinistro. Il titolare della carta autorizza il contraente dell'assicurazione a fornire tali informazioni a Europ Assistance (Svizzera) Assicurazione SA. In questo senso, gli assicurati sollevano tali entità da qualsiasi obbligo di segreto bancario e commerciale.

Luogo, data

Firma del titolare della carta

Rapporto medico

Questo questionario deve essere compilato dal medico in caso di annullamento del viaggio a causa di malattia, infortunio o gravidanza

Nome e cognome del titolare della carta _____	Data di nascita _____
Nome e cognome del paziente _____	Data di nascita _____

1. a) Diagnosi che motiva l'incapacità di viaggiare _____
 b) Data della diagnosi _____
 • In caso di infortunio : data dell'infortunio _____
 • In caso di gravidanza: data della constatazione _____ Termine di gravidanza _____
 c) Quando è stato informato dal paziente del viaggio? _____
 d) Da quando il paziente è impossibilitato a viaggiare (data precisa) ? _____
 e) Incapacità di viaggiare dal _____ al _____
 f) Quando è stato informato il paziente della sua incapacità a viaggiare? _____
 g) Al momento della prenotazione, il paziente era in grado di viaggiare? ☐ Sì ☐ No
2. a) Sono stati prescritti medicinali? ☐ Sì ☐ No
 Se sì, quali ? _____
 b) Sono stati prescritti altri esami o controlli? ☐ Sì ☐ No
 Se sì, per quali date? _____
 c) Il paziente ha dovuto subire un intervento? ☐ Sì ☐ No
 Se sì, data dell'intervento _____ Data alla quale si è fissato l'intervento _____
 Si tratta di un intervento facoltativo? ☐ Sì ☐ No
 d) Altre terapie/provvedimenti? _____
3. a) Il paziente ha dovuto essere ricoverato? ☐ Sì ☐ No
 Se sì, dove? _____ dal _____ al _____
 b) Il paziente era in incapacità di lavorare ? _____% ☐ Sì ☐ No
4. a) Il paziente presenta malattie pregresse ? ☐ Sì ☐ No
 Se sì, come si sono manifestate? _____
 b) Si tratta di un peggioramento grave e improvviso? ☐ Sì ☐ No
 c) Il paziente è tuttora sotto terapie? ☐ Sì ☐ No
 A quando risale l'ultimo trattamento? _____
 Altri elementi importanti per lo scopo dell'assicurazione

5. Malattia o infortunio di un non partecipante al viaggio

- a) Grado di parentela con la persona assicurata _____
- b) In quale momento si è constatato che la presenza della persona assicurata è indispensabile ai fini della situazione di salute del paziente?

Luogo, data

Firma e timbro del medico

Con la mia firma confermo la veridicità e completezza delle informazioni fornite riguardo al paziente sopra citato