Ripristinare

Allianz

VISECA payment services

# Notifica di sinistro assicurazione biglietti

**Compilare il presente modulo di notifica di sinistro in ogni sua parte e secondo verità.**

**Dati della persona titolare della carta**

Numero di sinistro: _____
(se disponibile)

Cognome: _____ Nome: _____

Via / n.: _____ Telefono: _____

CAP / Luogo: _____ E-mail: _____

N. conto carta: 110 _____
(visibile sulla fattura mensile)

Data di nascita: G G | M M | A A A A

Tipo di carta: ☐ Oro ☐ Platinum

Numero di carta di credito: X X X X | X X X X | X X X X

**Dati per il pagamento delle prestazioni**

IBAN: _____

Nome e indirizzo della persona titolare del conto (se diverso da quello sopra indicato):

_____

**Dati della prenotazione**

La manifestazione è stato prenotato il (data): _____ Data della manifestazione: _____

Le seguenti transazioni con carta di credito (secondo la fattura della carta di credito) corrispondono alla prestazione prenotata:

| Data: | Nome / luogo del partner contrattuale: | Importo in CHF: | Importo in valuta estera: | Prestazione prenotata: |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

**I servizi prenotati sono stati**

☐ **annullati** prima dell'inizio della manifestazione. ☐ La manifestazione è stata differita.

Motivi dell'annullamento:

☐ Malattia / infortunio ☐ Decesso Altro: _____

Precisare in un breve riepilogo il motivo dell'annullamento o il motivo della sua impossibilità a partecipare alla data del differimento:

_____

_____

_____

_____

Ripristinare

Allianz

VISECA payment services

Quali danni ha subito a causa dell'annullamento?
Elencare le spese rivendicate:

| Data: | Prestazione (annullata / non utilizzata): | Prenotata presso: | Importo in CHF: |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

**Totale danni:** _____ **0,00**

Persone interessate dall'annullamento:

| Cognome / nome: | Indirizzo: | Data di nascita: | Relazione con la persona titolare della carta: |
|---|---|---|---|
| | | G G M M A A A A | |
| | | G G M M A A A A | |
| | | G G M M A A A A | |
| | | G G M M A A A A | |

Lei o una di queste persone disponete di un'altra assicurazione biglietti?

☐ Si ☐ No

Se sì, chi? _____

Presso quale società (nome / agenzia generale)? _____ Numero di polizza: _____

Ha informato tale società del sinistro?

☐ Si ☐ No

Se sì, sono state assunte le spese? Quali?

_____

In caso di annullamento in seguito a **malattia / infortunio:**
Dove e quando si è verificata la malattia / l'infortunio?

Luogo: _____ Data: G G M M A A A A

In caso di infortunio: descrivere la dinamica dell'infortunio indicando il tipo e l'entità della lesione:

_____

_____

_____

Chi è stato colpito dalla malattia/dall'infortunio (titolare del biglietto o persona vicina)?

_____

Allianz

VISECA payment services

Ha consultato un medico?

☐ Si ☐ No Data: G G M M A A A A

Diagnosi:

**Allegati obbligatori:**

☐ Conferma di prenotazione

☐ Fatture mensili con transazioni per le prestazioni prenotate

☐ Altri documenti o attestazioni ufficiali che dimostrano verificarsi del sinistro (rapporto medico dettagliato ecc.)

**Allegati obbligatori (se pertinente):**

☐ In caso di differimento: conferma di differimento

**La persona sottoscritta conferma con la presente che i dati di cui sopra sono stati forniti in modo completo e veritiero al meglio delle sue conoscenze.**

**IMPORTANTE:** La persona sottoscritta autorizza Viseca Card Services SA a trattare i dati del cliente necessari per la gestione del contratto e del sinistro (in particolare i dati personali e il tipo e la durata del contratto della carta), compresi tutti i documenti presentati dalle persone assicurate, e a comunicarli o inoltrarli al rispettivo assicuratore (Allianz) e a Würth Financial Services AG (di seguito denominata WÜRTH). Ciò avviene esclusivamente nel quadro di un sinistro notificato ai fini della verifica dei diritti assicurativi richiesti dal/dalla titolare della carta. Nei casi in cui sussiste un'eventuale copertura assicurativa, la persona sottoscritta autorizza Allianz e WÜRTH a verificare e trattare i dati forniti necessari per la valutazione dell'obbligo di prestazione e per la liquidazione del sinistro. A tal fine, la persona sottoscritta esonera i medici dal proprio obbligo di segretezza e consente a terzi, come ad esempio agenzie di viaggio, imprese di trasporto ecc., di fornire ulteriori informazioni sul viaggio. La persona sottoscritta è a conoscenza del fatto che la sua autorizzazione è indipendente dall'erogazione della prestazione da parte di Allianz. Allianz e WÜRTH si impegnano a trattare le informazioni ricevute secondo la legge sulla protezione dei dati. Se necessario, i dati vengono trasmessi per il trattamento a terzi coinvolti in Svizzera e all'estero, in particolare a coassicuratori e riassicuratori. Allianz e WÜRTH sono inoltre autorizzate a richiedere a pubblici uffici e terzi informazioni pertinenti e a prendere visione degli atti ufficiali.

**La persona sottoscritta prende atto che Allianz è esonerata dall'obbligo di prestazione se la persona assicurata, dopo il verificarsi di un sinistro, tenta fraudolentemente di trarre in inganno in merito alle circostanze rilevanti per la causa o per l'ammontare delle prestazioni.**

☐ **Confermo l'esattezza e la completezza delle informazioni da me fornite.**
Confermo che i dati sopraindicati corrispondono a verità e sono completi. Prendo atto che, qualora i dati da me forniti siano non veritieri, incompleti o contraddittori, posso perdere il diritto alla prestazione assicurativa anche nel caso in cui non ne derivi un danno per l'assicuratore. Acconsento che Allianz richieda informazioni alle autorità (polizia, tribunali, ecc.), ad altri fornitori di assicurazione e a terzi rilevanti, che prenda visione dei relativi atti, ed esonero i suddetti dal loro obbligo di mantenere il segreto, sia esso previsto dalla legge o per contratto. 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 esterni.

**La nostra politica sulla privacy spiega come proteggiamo i vostri dati. Per leggere la nostra politica sulla privacy, cliccare *qui***

Luogo / data

Firma della persona titolare

**Spedire il modulo compilato in ogni sua parte e firmato con gli allegati richiesti a:**
**claims.ch@allianz.com oppure AWP P&C S.A., Saint-Ouen (Parigi), succursale di Wallisellen (Svizzera), Richtiplatz 1, 8304 Wallisellen**