Ripristinare

Allianz

VISECA payment services

Notifica di sinistro assicurazione per incidente con un mezzo di trasporto

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

Dati della persona titolare della carta

Cognome: _____ Nome: _____

Via / n.: _____ Telefono: _____

CAP / Luogo: _____ E-mail: _____

N. conto carta: **110** _____ Data di nascita: G G M M A A A A
(visibile sulla fattura mensile)

Tipo di carta: ☐ Basic ☐ Argento ☐ Oro ☐ Platinum

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

Dati relativi all'avente diritto (se diversi da quanto sopra indicato)

Cognome: _____ Nome: _____

Via / n.: _____ Telefono: _____

NPA / località: _____ E-mail: _____

Relazione con la persona titolare della carta: _____ Data di nascita: G G M M A A A A

Dati per il pagamento delle prestazioni

IBAN:

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

_____

Informazioni sul viaggio

☐ **Viaggio in aereo** Compagnia aerea / numero di volo:

_____

Itinerario di viaggio (da / a):

_____

Data del viaggio (dal / al):

_____

☐ **Viaggio in autobus / treno / nave** Società:

_____

Itinerario di viaggio (da / a):

_____

Data del viaggio (dal / al):

_____

☐ **Veicolo a noleggio:**

Noleggiatore e località:

_____

Data del noleggio (dal / al):

_____

☐ **Altro mezzo di trasporto:**

Tipo di mezzo di trasporto:

_____

Società di trasporto:

_____

Data del viaggio (dal / al):

_____

Il mezzo di trasporto è stato pagato con carta di credito. La transazione riportata di seguito corrisponde al pagamento effettuato (secondo la fattura della carta di credito):

Data:	Nome / luogo dell'esercizio:	Importo in CHF:	Importo in valuta estera:

Ripristinare

Allianz

VISECA payment services

Dati sull'incidente

Dove si è verificato l'incidente?

Luogo e data: _____ Data e ora: _____

Persone coinvolte nell'incidente:

Cognome, nome:	Indirizzo:	Data di nascita:

Descrivere lo svolgimento dell'incidente in modo dettagliato e preciso (se necessario allegare foglio aggiuntivo):

_____

Testimoni in grado di fornire informazioni sull'incidente:

Cognome, nome:	Indirizzo:	Data di nascita:

Descrivere le conseguenze dell'incidente per i partecipanti al viaggio in modo dettagliato e preciso (se necessario allegare foglio aggiuntivo):

_____

A seguito dell'incidente sono state sostenute spese di trasporto e / o di salvataggio?

_____

Se sì, elencare di seguito le spese sostenute:

Data:	Tipo di trasporto / salvataggio:	Fornitore di prestazioni:	Spese complessive in CHF:

Allianz

VISECA payment services

Allegati obbligatori

- ☐ Copia della fattura della carta di credito comprendente la transazione in questione
- ☐ Certificati / rapporti medici (rapporto sull'incidente, rapporto di polizia ecc.)
- ☐ In caso di decesso: certificato di morte
- ☐ Conferme di prenotazione dei servizi turistici prenotati con (mezzi di trasporto, hotel ecc.)
- ☐ Altri documenti che attestano l'evento
- ☐ In caso di invalidità: certificati medici, decisione AI

Osservazioni:

_____

_____

_____

_____

_____

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. Con la presente la persona sottoscritta autorizza Allianz a richiedere a terzi (ad esempio pubblici uffici, persone informate dei fatti, medici, ospedali, assicurazioni) in Svizzera e all'estero le informazioni necessarie per la consulenza o la gestione del caso di prestazione. Il / la mandante esonera tali terzi dall'eventuale obbligo di segretezza professionale o legale e li autorizza a fornire tutte le informazioni relative al / alla mandante stesso / a.

IMPORTANTE: nei casi in cui sussiste un'eventuale copertura assicurativa, la persona sottoscritta autorizza Allianz e Würth Financial Services AG (di seguito denominata WÜRTH) a verificare e trattare i dati forniti necessari per la valutazione dell'obbligo di prestazione e per la liquidazione del sinistro. Allianz e WÜRTH sono autorizzate a richiedere a terzi coinvolti e a elaborare i dati necessari ai fini della gestione del contratto e del sinistro. In tale ambito è altresì consentito ai soggetti coinvolti richiedere informazioni utili a terzi, nonché prendere visione degli atti ufficiali. I soggetti coinvolti si impegnano a trattare in modo confidenziale le informazioni così ottenute. I dati sono custoditi in forma cartacea e / o elettronica. 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*

☐ **Esonero dall'obbligo di segretezza medica**
Sono a conoscenza del fatto che, ai fini della valutazione del suo obbligo di prestazione, Allianz verifica i dati che fornisco a sostegno del mio diritto. A tal fine esonero dall'obbligo di segretezza i medici e il personale ausiliario menzionati nella documentazione che ho presentato o che hanno partecipato al mio trattamento, anche dopo la mia morte. Per quanto riguarda un eventuale trattamento precedente, tale esonero dall'obbligo di segretezza vale tuttavia solo nella misura in cui tali indicazioni siano necessarie per la verifica dell'obbligo di prestazione. Inoltre, esonero i medici di fiducia di Allianz dall'obbligo di segretezza nei confronti dei collaboratori di Allianz che si occupano dell'elaborazione del sinistro notificato. Sono consapevole che Allianz, 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 della persona titolare

Spedire il modulo compialato 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