



Dichiarazione di sinistro assicurazione spese d'annullamento

N° polizza (allegare fotocopia) _____ 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

Cliente _____ Agenzia di viaggi _____

C/c bancario _____ N° IBAN _____

Banca _____ CAP/Luogo _____

Titolare del conto (nome, indirizzo) _____

C/c postale _____ N° IBAN _____

Il viaggio l'ha pagato con carta di credito? _____ Sì No

Se sì, indicare società di carta di credito _____

N° carta di credito

																		X	X	X	X
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---	---	---	---

 Scadenza _____ / _____

3. Dettagli su coperture assicurative supplementari

È assicurato presso un'altra compagnia per le spese d'annullamento? _____ Sì No

Se sì, presso quale compagnia? _____ 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? _____ Sì No

Se sì, in che modo? _____

5. **Dettagli sul viaggio programmato** (la sua agenzia di viaggio le sarà d'aiuto a compilare questo modulo)

Organizzatore del viaggio/Tour-Operator/Locatore	Agenzia di viaggi/Luogo d'iscrizione		
Data dell'iscrizione definitiva	Durata del viaggio dal/al	Viaggio:	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 dell'arrangiamento 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

