



## Dichiarazione di sinistro assicurazione protezione viaggi

N° polizza \_\_\_\_\_ 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 \_\_\_\_\_

Detenore 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. Dati sulle assicurazioni

Assicurazione viaggio \_\_\_\_\_ Luogo \_\_\_\_\_ No d'assicurazione \_\_\_\_\_

Assicurazione infortuni \_\_\_\_\_ Luogo \_\_\_\_\_ No d'assicurazione \_\_\_\_\_

Cassa malattia \_\_\_\_\_ Luogo \_\_\_\_\_ No d'assicurazione \_\_\_\_\_

Assicurazione aggiuntiva \_\_\_\_\_ Luogo \_\_\_\_\_ No d'assicurazione \_\_\_\_\_

### 4. Dati relativi viaggio previsto

Operatore turistico/Tour-Operator/Locatore \_\_\_\_\_ Agenzia Viaggi/luogo di prenotazione \_\_\_\_\_

Data della prenotazione definitiva \_\_\_\_\_ Durata del viaggio dal/al \_\_\_\_\_ Viaggio: privato d'affari

Meta/Destinazione \_\_\_\_\_ Data conclusione contratto d'assicurazione \_\_\_\_\_

Vogliate elencare i viaggiatori

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

## 5. Dettagli sulla malattia

a) Illustri in poche parole l'andamento della malattia ed i disturbi

---

---

---

b) I disturbi sono sorti all'improvviso? Sì    No

c) Quando ha sentito i disturbi per la prima volta? Data

Quando si è recato dal medico? Data

Da quale medico è andato? (nome, indirizzo)

---

---

d) I disturbi si erano già manifestati anche in precedenza? Sì    No

Se sì, quando la prima volta? Data

Si è recato dal medico per causa loro? Sì    No

Se sì, da quale medico? (nome, indirizzo)

---

---

## 6. Dettagli sull'incidente

a) Quando e dove è successo l'infortunio? Data    Ora    Luogo

b) Illustri in poche parole l'incidente. Che cosa è successo di preciso?

---

---

---

---

---

c) Quali lesioni ha subito?

---

---

d) Era sotto l'influenza di alcool, medicinali o altre droghe? Sì No

---

Se sì, quali?

---

e) E ricorso ad un medico/ad un ospedale? Sì No

---

Se sì, quando la prima volta? Data

---

Nome, indirizzo del medico/ospedale

---

f) L'incidente é stato causato da una terza persona? Sì No

---

Se sì, chi? (nome, indirizzo)

---

Assicurazione responsabilità civile del terzo	Nome	N° di polizza
---	------	---------------

---

g) Sono state coinvolte altre persone nell'incidente? Sì No

---

Se sì, chi? (nome, indirizzo)

---

h) Esistono testimoni dell'incidente? Sì No

---

Se sì, chi? (nome, indirizzo)

---

i) E stato redatto un verbale di polizia? Sì No

---

Se sì, da quale ufficio? (nome, indirizzo)

---

## 7. 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 operator e intermediari di viaggio, impresa di trasporti, autorità (polizia, tribunali ecc.) o altri assicuratori e sollevo 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.

**Luogo, data**

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

---

---

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

copia della polizza

---

la fattura dell'arrangiamento/conferma originaria della prenotazione

---

spese telefoniche

---

scontrini fiscali per spese impreviste (pasti esclusi)

---