

Denuncia di sinistro Assistenza medica durante il viaggio

I servizi offerti dalle Mastercard® Business Card e Mastercard® Corporate Card di Visa Card Services SA includono un'**assistenza medica durante il viaggio**. Tale assicurazione è offerta da Visa Card Services SA in collaborazione con vari partner assicurativi.

La denuncia di sinistro va inoltrata per iscritto unitamente agli originali di tutti i documenti ad essa correlati. Il modulo sinistri, debitamente compilato e corredato della documentazione necessaria, deve essere inviato a Visa Card Services SA, Hagenholzstrasse 56, Casella postale 7007, 8050 Zurigo.

Per valutare la denuncia di sinistro abbiamo bisogno di informazioni concrete e dettagliate oltre che della firma legalmente valida del titolare della carta e di rappresentanti della ditta autorizzati.

Occorre tenere presenti i seguenti aspetti:

- Devono sussistere le premesse generali affinché il sinistro possa essere identificato come evento assicurato ai sensi delle CGA (Condizioni Generali di Assicurazione, che si possono consultare su www.viseca.ch/assicurazioni-aziende o richiedere per telefono al +41 (0)58 958 84 01).
- I criteri determinanti per il diritto alle prestazioni sono in ogni caso quelli specificati nelle CGA del rispettivo assicuratore.
- Le spese di cura vengono assunte in aggiunta a quelle coperte dalla cassa malati o dall'assicurazione contro gli infortuni (ad eccezione di eventuali franchigie e aliquote percentuali); tutti i conteggi devono essere prima presentati alla rispettiva cassa malati o assicurazione contro gli infortuni.
- Per poter beneficiare delle prestazioni dell'assistenza medica durante il viaggio, dopo l'insorgere dell'evento assicurato occorre contattare immediatamente l'assicuratore (tramite Visa Card Services SA, telefono 41 (0)58 958 82 85) per richiederne il consenso riguardo a eventuali misure di assistenza da adottare e all'assunzione dei costi.

Non appena la denuncia di sinistro con la relativa documentazione perverrà a Visa Card Services SA, la esamineremo e la inoltreremo al partner assicurativo di competenza.

Qualora fossero necessarie informazioni supplementari o ulteriori documenti per gestire la pratica, i nostri partner assicurativi si metteranno in contatto con voi il prima possibile.

In determinate circostanze, il disbrigo definitivo delle pratiche relative al sinistro può richiedere tempi relativamente prolungati, in quanto è necessario procedere a vari accertamenti. Vi ringraziamo per la comprensione e per la fiducia accordataci e contiamo sulla vostra collaborazione.

Dati relativi al titolare della carta

Cognome/nome: _____ Ditta: _____
N° di conto della carta: **110** _____ Telefono: _____
(presente sulla fattura mensile) _____ E-mail: _____
Tipo di carta: Business Card/Corporate Card Argento Data di nascita: GG MM AAAA
 Business Card/Corporate Card Oro

Dati relativi al paziente

Cognome/nome: _____ Indirizzo: _____ Data di nascita: _____ Relazione con il titolare della carta: _____
GG MM AAAA

Dati relativi alla prenotazione del viaggio

Viaggio prenotato il (data): _____ Tipo/scopo del viaggio: _____

Viaggio prenotato presso (indicare il nome): _____

La prenotazione riguarda la/le seguente/i prestazione/i:

Aereo/treno/nave Soggiorno in albergo
Itinerario (da/a): _____ Nome dell'albergo/località: _____

Periodo del viaggio (dal/al): _____ Durata del soggiorno (dal/al): _____

Noleggio auto Altro (ad es. soluzione forfettaria)
Autonoleggio e località: _____ Prestazione viaggio e fornitore: _____

Durata del noleggio (dal/al): _____ Periodo del viaggio (dal/al): _____

Altri dati relativi alla prenotazione del viaggio: _____

Le seguenti transazioni con la carta di credito (come da conteggio della carta di credito) corrispondono alla prestazione prenotata:

Data:	Nome/località partner contrattuale:	Importo in CHF:	Importo in valuta estera:	Prestazione prenotata:
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

Assistenza medica durante il viaggio di Europ Assistance

A causa di un'emergenza medica durante il viaggio

sono state sostenute **spese per il viaggio di ritorno, il trasporto di rientro o il rimpatrio al domicilio.**

sono state sostenute **spese di ricerca e salvataggio.**

sono state sostenute **spese per cure mediche.**

le prestazioni prenotate sono state utilizzate solo in parte (assicurazione per interruzione del viaggio).

sono stati sostenuti costi supplementari di pernottamento (assicurazione per interruzione del viaggio).

Natura dell'emergenza medica: malattia grave infortunio decesso

Si prega di precisare sinteticamente gli eventi che hanno causato il sinistro (se necessario allegare un foglio in più):

Data/luogo del sinistro (data/ora/luogo/paese):

In caso di infortunio: dettagli sulla natura/entità delle lesioni:

Diagnosi medica:

Medico curante:

Data/durata del trattamento:

Si è reso necessario un ricovero in ospedale? Sì No

Se sì, a partire da quale data (incl. durata)?

In caso di malattia: presso quale cassa malati il paziente ha l'assicurazione di base? Numero della polizza:

Sussistono assicurazioni complementari? Sì No

Se sì, presso quale assicuratore?

In caso di infortunio: presso quale assicurazione infortuni è assicurato il paziente? Numero della polizza:

Sussistono assicurazioni complementari? Sì No

Se sì, presso quale assicuratore?

Se pertinente: nome, indirizzo e assicurazione responsabilità civile della persona che ha provocato l'infortunio: Numero della polizza:

Importante: si prega di compilare anche le pagine successive!

Firma/e della ditta

Cognome/nome e funzione

Firma legalmente valida
(se necessario collettiva)

Luogo/data

Cognome/nome e funzione

Firma legalmente valida
(se necessario collettiva)

Luogo/data

Timbro della ditta

Firma del titolare di carta richiedente

Cognome/nome

Firma legalmente valida

Luogo/data