

Denuncia di sinistro Assistenza medica durante il viaggio

A seconda del tipo di carta, i servizi di Visa Card Services SA includono tra l'altro un'**Assistenza medica durante il viaggio**. L'assicurazione è offerta da Visa Card Services SA in collaborazione con i suoi partner assicurativi.

La denuncia di sinistro va inoltrata per iscritto insieme a tutta la correlata documentazione originale. La preghiamo di inviare la denuncia di sinistro debitamente compilata e corredata della documentazione necessaria a Visa Card Services SA, Hagenholzstrasse 56, Casella postale 7007, 8050 Zurigo.

Per valutare la Sua denuncia di sinistro abbiamo bisogno di indicazioni concrete e dettagliate, oltre che la firma legalmente vincolante del titolare della carta.

È necessario attenersi ai punti seguenti:

- Devono sussistere i requisiti di base di un sinistro assicurato ai sensi delle CGA (Condizioni Generali di Assicurazione, che si possono consultare all'indirizzo www.viseca.ch/assicurazioni o richiedere per telefono al +41 (0) 58 958 80 44).
- Per qualsiasi diritto alle prestazioni sono determinanti le CGA del rispettivo assicuratore.
- Le spese di cura sono sostenute a complemento della cassa malati o dell'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 godere 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) e chiedere il consenso per eventuali misure di assistenza e per l'assunzione dei costi.

Non appena la denuncia di sinistro con tutta la rispettiva documentazione sarà pervenuta a Visa Card Services SA, esamineremo la richiesta e la inoltreremo al partner assicurativo di competenza.

Se servono altre informazioni o documenti per processare la denuncia di sinistro, i nostri partner assicurativi si metteranno in contatto con Lei nelle prossime settimane.

A seconda dei casi il disbrigo definitivo delle pratiche relative al sinistro può durare a lungo, perché è necessario chiarire diverse circostanze. La ringraziamo per la fiducia e la comprensione nei nostri confronti e contiamo sul Suo sostegno.

Dati del titolare della carta

Cognome/nome: _____

Via/n°: _____

Numero di telefono: _____

NPA/località: _____

N° di conto della carta: **110**

E-mail: _____

(presente sulla fattura mensile)

Tipo di carta: World Mastercard® Oro/Flex Oro

Data di nascita:

Visa Oro

Coordinate bancarie o postali

Titolare del conto: _____

presso la banca/posta: _____

IBAN: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Dati sul paziente

Cognome/nome: _____

Indirizzo: _____

Data di nascita: _____

Grado di parentela/relazione con il titolare della carta: _____

Dati relativi alla prenotazione del viaggio

Il viaggio è stato prenotato il (data): _____

Tipo/scopo del viaggio: _____

Il viaggio è stato prenotato presso (si prega di indicare il nome): _____

Per quanto riguarda la prenotazione, si tratta della/e seguente/i prestazione/i:

Volo/viaggio in treno/viaggio in nave

Soggiorno in albergo

Itinerario (da/a): _____

Nome dell'albergo e località: _____

Data del viaggio (da/a): _____

Durata del soggiorno (da/a): _____

Noleggio auto

Altro (ad es. soluzione forfettaria)

Noleggiatore e località: _____

Prestazione viaggio e fornitore: _____

Durata del noleggio (da/a): _____

Data del viaggio (da/a): _____

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

Data:	Nome/luogo del partner contrattuale:	Importo in CHF:	Importo nella valuta straniera:	Prestazione prenotata:
-------	--------------------------------------	-----------------	---------------------------------	------------------------

_____	_____	_____	_____	_____
-------	-------	-------	-------	-------

_____	_____	_____	_____	_____
-------	-------	-------	-------	-------

_____	_____	_____	_____	_____
-------	-------	-------	-------	-------

_____	_____	_____	_____	_____
-------	-------	-------	-------	-------

Importante: Si prega di compilare anche la pagina successiva!

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 ritorno o il rimpatrio.**
- sono state sostenute **spese di ricerca e salvataggio.**
- sono state sostenute **spese per cure mediche.**
- i servizi prenotati sono stati utilizzati solo parzialmente (assicurazione per interruzione del viaggio).
- sono state sostenute spese di alloggio (assicurazione per interruzione del viaggio).

Natura dell'emergenza medica: malattia grave infortunio decesso

Specificare in sintesi gli eventi che hanno causato l'evento assicurato (se necessario allegare foglio supplementare):

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

In caso di infortunio: dettagli sulla natura/entità dell'infortunio:

Diagnosi medica:

Medico curante:

Data/durata del trattamento:

È stato necessario un ricovero ospedaliero? sì no

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

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

Sussistono assicurazioni complementari? sì no

Se sì, presso quale assicuratore?

Numero della polizza:

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

Sussistono assicurazioni complementari? sì no

Se sì, presso quale assicuratore?

Numero della polizza:

Se pertinente: nome, indirizzo e assicurazione responsabilità civile

della persona che ha provocato l'infortunio:

Numero della polizza:

Importante: Si prega di compilare anche la pagina successiva!

Che danno ha subito a causa della emergenza medica? Si prega di elencare i costi rivendicati:

Data:	Prestazione:	Conteggiato da:	Importo in CHF:
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
Totale sinistro:			_____

Passeggeri interessati dall'interruzione del viaggio causata dall'emergenza medica:

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

Lei o una di queste persone possiede un'altra assicurazione viaggi? sì no

Se sì, presso quale assicuratore? Indicare il nome del contraente.

Numero della polizza:

Ha informato tale compagnia di assicurazione a proposito del Suo caso? sì no

Se sì, i costi sono stati coperti? Quali?

Allegati obbligatori:

- Conferma di prenotazione
- Fatture mensili con le transazioni per le prestazioni prenotate
- Conferma di annullamento/fattura delle spese di annullamento
- Altri documenti o certificati ufficiali, che dimostrano l'insorgere del sinistro (rapporto della polizia, ecc.)

Allegati obbligatori (se pertinente):

- Copia delle fatture per spese mediche
- Conteggio originale della cassa malati o dell'assicurazione contro gli infortuni
- Copia del referto medico con diagnosi
- Copia del certificato di morte

Informazioni aggiuntive, data e firma

Altre informazioni rilevanti per la denuncia del sinistro:

La/il sottoscritta/o certifica con la presente, che i dati sopra riportati sono stati redatti secondo scienza e coscienza, sono veritieri e completi.

IMPORTANTE: La/il sottoscritta/o autorizza Viseca Card Services SA ad elaborare i dati del cliente necessari allo svolgimento del contratto e alla liquidazione del sinistro (in particolare le generalità e il tipo e durata del contratto della carta), inclusa tutta la documentazione presentata dalla persona assicurata e di renderli noti/inoltrarli al rispettivo assicuratore (Europ Assistance (Svizzera) Assicurazioni SA, a seguito chiamata EUROP ASSISTANCE) e a Würth Financial Services AG (a seguito chiamata WÜRTH). Ciò avviene esclusivamente nell'ambito della notifica di un sinistro per il controllo dei diritti assicurativi comunicati dal titolare della carta.

Nei casi in cui esista un'eventuale copertura assicurativa, la/il sottoscritta/o autorizza EUROP ASSISTANCE e WÜRTH a verificare ed elaborare i dati resi, necessari per il giudizio sull'obbligo di prestazione e per il disbrigo del caso di sinistro. A tal fine, la/il sottoscritta/o libera i medici dall'obbligo di confidenzialità e autorizza terze parti, come agenzie di viaggio, aziende di trasporto, istituti di previdenza, ecc., a fornire altre informazioni relative al viaggio. Alla/al sottoscritta/o è noto che il suo consenso ha luogo indipendentemente dalla fornitura di una prestazione da parte di EUROP ASSISTANCE. EUROP ASSISTANCE e WÜRTH si impegnano a trattare le informazioni ricevute in conformità alla legge sulla protezione dei dati.

Se necessario, i dati saranno inoltrati a terzi coinvolti in Svizzera e all'estero per il trattamento dei dati, in particolare a co-assicuratori e riassicuratori. EUROP ASSISTANCE e WÜRTH vengono inoltre autorizzati a recepire opportune informazioni presso uffici amministrativi e terzi e a prendere visione di atti ufficiali.

La/il sottoscritta/o prende atto che EUROP ASSISTANCE è esonerata dall'obbligo di prestazione, se la persona assicurata cerca dolosamente di presentare il falso su determinate circostanze dopo che si è verificato il sinistro, le quali sono rilevanti per la motivazione o l'entità delle prestazioni.

Questo modulo è valido soltanto se reca la firma legalmente valida del titolare della carta.

Luogo/data

Firma del titolare della carta