

# Denuncia di Sinistro - Annullamento viaggio o ritorno anticipato

Vaudoise Generale,  
Compagnia d'Assicurazioni SA  
Place de Milan, CP 120, CH-1001 Losanna  
T 0800 811 911, F 021 618 85 16  
assistance@vaudoise.ch

Ci rincresce che abbia dovuto annullare il Suo viaggio. La preghiamo di compilare questo documento in maniera completa e lisibile. La preghiamo inoltre di allegare tutti i documenti in Suo possesso per potere elaborare la Sua richiesta il più rapidamente possibile.

## 1. Informazioni sulla polizza

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ NPA/Luogo \_\_\_\_\_

N° di tel.privato \_\_\_\_\_ Cellulare \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_ N° di polizza \_\_\_\_\_

## 2. Estremi bancari o postali

Titolare del conto \_\_\_\_\_

IBAN \_\_\_\_\_

## 3. Informazioni su altre assicurazioni

Ha un'altra assicurazione viaggio?  Sì  No Se sì, quale? \_\_\_\_\_

N° di polizza \_\_\_\_\_ Ha già informato questa assicurazione del suo caso?  Sì  No

## 4. Informazioni sulla prenotazione del viaggio

Data di prenotazione \_\_\_\_\_ Date del viaggio dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

Che tipo di viaggio ha prenotato (diverse combinazioni possibili)?

Volo  Hotel  Appartamento  Noleggio auto  Viaggio organizzato  Altro \_\_\_\_\_

Come ha prenotato il viaggio?  Agenzia viaggi  Prenotazione Online  direttamente da organizzatore/ locatore

Nome \_\_\_\_\_ N° di tel./E-mail \_\_\_\_\_

## 5. Informazioni sull'annullamento o interruzione del viaggio

Motivi di annullamento o d'interruzione?

Malattia  Infortunio  Decesso  Licenziamento  Altro \_\_\_\_\_

Quando ha annullato o interrotto il viaggio (data)? \_\_\_\_\_

Quante persone sono interessate dalla domanda di rimborso? \_\_\_\_\_

Si prega di indicare in una breve sintesi il motivo dell'annullamento o dell'interruzione del viaggio

---

---

---

Si prega di indicare tutti i partecipanti che hanno annullato o interrotto il viaggio

Nome, Cognome	Indirizzo	Data di nascita	Grado di parentela/relazione

Quale tra queste persone elencate qui sopra, quali possiedono un'altra assicurazione viaggio e quale? Questa assicurazione copre anche la Sua parte di penali?

---

---

---

Quale sinistro si è verificato a causa dell'annullamento o dell'interruzione? Si prega di elencare i costi rivendicati:

Data	Prestazione (annullata/non utilizzata)	Prenotate presso	Importo in CHF a/o in moneta straniera

### Da riempire in caso di annullamento viaggio

Se il viaggio non è stato annullato immediatamente, la preghiamo di indicarci il motivo

---

---

### Da riempire in caso di interruzione del viaggio

Ha consultato un medico sul posto per malattia/ infortunio?  Sì  No

Diagnosi \_\_\_\_\_

E' stato necessario un ricovero in ospedale?  Sì  No In caso affermativo, quando (data)? \_\_\_\_\_

Se non ha consultato un medico o un ospedale locale, la preghiamo di indicarci il motivo

---

---

---

---

## Questionario medico

Il presente questionario deve essere compilato dal medico, se il viaggio è stato annullato a causa di malattia, infortunio o gravidanza

Nome	Data di nascita
------	-----------------

Diagnosi
----------

Data di apparizione dei primi sintomi della malattia diagnosticata
--

Data della prima visita
-------------------------

Data dell'infortunio
----------------------

Quale cura è stata prescritta?
--------------------------------

Al momento della prenotazione il paziente era in grado di viaggiare? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
--

Quando è stato informato dal paziente del suo viaggio (data)?
---

Da quando il paziente è impossibilitato a viaggiare?
--

Incapacità a viaggiare dal _____ al _____
---

E' stato necessario un ricovero? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No Se sì, da quando a quando (data)?
--

Ha subito un'operazione? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No Se sì, quando (data)?
--

Quando è stato informato il paziente dell'operazione (data)?
--

In caso di gravidanza, data della constatazione/conferma?
---

In caso di malattia preesistente, da quando il paziente è seguito da Lei?
---

Data dell'ultima visita?
--------------------------

Annotazione importanti riguardo la decisione dell'annullamento (ad esempio aggravamento inatteso della salute)
--

Luogo, data	Firma e timbro del medico
-------------	---------------------------

Ci riserviamo il dritto di verificare queste informazioni con il servizio medico di Europ Assistance

## 6. Documenti

La preghiamo di inviare i seguenti documenti

### 6.1 Documenti di viaggio

- Copia della fattura di prenotazione
- Originale della fattura di annullamento (se la prenotazione è stata fatta tramite agenzia di viaggio)
- Prova di pagamento delle penali
- Copia della fattura di prenotazione fatta per internet o mail
- Per le prenotazioni online: e-mail di conferma dell'annullamento
- Per gli appartamenti per vacanze: una copia del contratto di affitto e conferma dell'annullamento da parte del proprietario con l'indicazione dell'importo da rimborsare
- Condizioni generali del tour operator/ agenzia di viaggio

Avviso importante: Una copia della fattura è ammessa se uno o più partecipanti possiedono un'altra assicurazione e se hanno già annunciato e inviato i documenti alla loro assicurazione.

### 6.2 Documenti d'annullamento viaggio o interruzione anticipata

- Copia del certificato medico
- Copia del certificato di morte
- Copia della lettera di licenziamento o del nuovo contratto di lavoro
- Altri documenti che sostengono il motivo dell'annullamento (denuncia ecc.)

### 6.3 Documenti sulle persone assicurate (assicurazione familiare)

- Copie delle carte d'identità dei figli minori
- Copia del certificato di residenza dei figli maggiorenni e dei/delle loro coniuge (solo documenti pubblicati recentemente)
- Documento del grado di parentela se il cognome non è lo stesso

Autorizzo Europ Assistance a verificare e utilizzare le mie informazioni per giustificare le mie richieste. A questo fine, libero i medici dal segreto medico e autorizzo i terzi come le agenzie viaggio e le imprese di trasporti a dare altre informazioni. Europ Assistance è inoltre autorizzata a consultare dei documenti ufficiali e a raccogliere informazioni pertinenti presso le autorità competenti. Europ Assistance si impegna a trattare le informazioni raccolte in osservanza alla legge sulla protezione dei dati.

Nel caso contrario, le informazioni saranno comunicate ai terzi implicati in Svizzera o all'estero, in particolare ai coassicuratori e ai reassicuratori, per poter consultarle. In ogni caso, la mia autorizzazione non obbliga la compagnia alcun tipo di prestazione. Europ Assistance si impegna a utilizzare le informazioni raccolte in base alla legge sulla protezione dei dati.

Confermo che le informazioni fornite sono conformi alla verità e complete. Inoltre, sono consapevole della perdita dei diritti ad una prestazione d'assicurazione se le mie dichiarazioni sono false, incomplete o contraddittorie, se provo come persona assicurata di frodare sugli avvenimenti, che sono importanti per il motivo o per l'ammontare del rimborso, dopo l'insorgenza di quest'ultimi.

Luogo, data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_