ERV, SEGNALAZIONE DI SINISTRO, CASELLA POSTALE, CH-4002 BASILEA
TEL. +41 58 275 27 27, SINISTRI@ERV.CH, WWW.ERV.CH

Segnalazione di sinistro

No del sinistro:

del sinistro spese d'ospedalizzazione HHD

Gentile cliente,

Affinché possiamo erogare rapidamente e senza complicazioni una prestazione assicurativa, ci occorrono da parte Sua alcune importanti indicazioni. Le chiediamo gentilmente di compilare con attenzione la presente segnalazione di sinistro e di allegare, se pertinente, la seguente documentazione:

- ☐ Distinte spese originali con ricette
- ☐ Fatture originali (medico, ospedale)
- ☐ Polizza assicuratiiva/certificato d'assicurazione (copia)

Se non è in grado di rispondere del tutto o in modo esaustivo a una domanda ne spieghi cortesemente il motivo.

Domande concernenti lo stipulante (persona che ha concluso l'assicurazione)

Cognome:

Nome: Data di nascita:

Via/numero civico:

CAP/luogo:

Telefono (raggiungibile di giorno): Indirizzo e-mail:

Numero del conto (IBAN):

CAB (BIC/SWIFT):

Nome, CAP e luogo della banca:

Domande relative alla persona assicurata

Cognome: Nome:

Data di nascita: Nazionalità:

Domande concernenti l'assicurazione malattia

1. Data della stipulazione dell'assicurazione:
2. No. della polizza assicurativa/certificato d'assicurazione
3. Sussistono per l'evento in questione ancora altre assicurazioni? ☐ Sì ☐ No
4. Se sì, quali?
5. È stata erogata da parte di un'altra assicurazione un'indennità o è stata avanzata una richiesta pertinente? ☐ Sì ☐ No
6. Se si, da chi?

Domande concernenti la malattia

7. Genere di malattia (descrizione precisa della denominazione della malattia):
8. Si tratta di un peggioramento di una malattia cronica? ☐ Sì ☐ No
9. Si tratta di un peggioramento di una malattia preesistente? ☐ Sì ☐ No

10. Se si, la malattia è stata oggetto di un trattamento precedente? ☐ Sì ☐ No

11. Se si, da parte di quale medico? Cognome e indirizzo:

12. Si tratta di una malattia acuta? ☐ Sì ☐ No

13. Da quando sussistono i sintomi pertinenti? Data:

14. Quando è stato fatto ricorso per la prima volta a un medico? Data:

15. Il trattamento è concluso? ☐ Sì ☐ No

16. Se no, durata prevista del trattamento fino a:

17. Sono previste ulteriori fatture? ☐ Sì ☐ No

18. Se sì, da chi? Cognome e indirizzo:

ERV è esonerata dall'obbligo di prestazione, se la persona assicurata tenta di ingannare in modo fraudolento l'ERV su circostanze determinanti per il motivo o l'ammontare delle pretazioni.

Autorizzo i medici e gli istituti ospedalieri di ogni genere a fornire ai titolari dell'assicurazione dell' ERV tutte le informazioni necessarie concernenti le malattie, le conseguenze degli infortuni e le infermtà precedenti attuali o subentrate nel corso della durata del contratto ed esonero gli stessi dal loro obbligo di riservatezza legale.

Luogo e data

Firma della persona assicurata o del suo rappresentante legale