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:

Costi d'annullamento inclusa certificazione medica HHD

Gentile cliente,

Purtroppo ha dovuto annullare il Suo viaggio. 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:

- ☐ Documentazione di viaggio (conteggio d'annullamento e conferma di prenotazione)
- ☐ Certificato medico/annuncio di morte/certificato di morte
- ☐ Attestato medico (a partire da un importo di EUR 1000,- da far compilare dal medico trattante)
- ☐ Copia della polizza d'assicurazione

La ringraziamo del Suo impegno.

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 concernenti altre coperture assicurative

1. È assicurato presso altre compagnie assicurative contro i costi d'annullamento? ☐ Sì ☐ No

   Compagnia: Numero di polizza:

Domande relative al viaggio pianificato

2. Data del mandato di prenotazione:
3. Data dell'annullamento:
4. Quante persone hanno prenotato insieme?
5. Quante persone hanno annullato il viaggio?
6. In che relazione stanno tra loro i partecipanti al viaggio?

Domande concernenti l'evento

7. ☐ Grave malattia imprevista ☐ Infortunio ☐ Decesso ☐ altro:

   breve riassunto del caso:

Conferma e procura

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 del responsabile del danno o del rappresentante legale

Luogo e data Firma del l'assicurato e del rappresentante legale

CERTIFICATO MEDICO

No del sinistro:

Questions concernant l'événement

1. Data del primo trattamento in relazione all'evento in questione: Ora:
2. Diagnosi precisa (nessuna abbreviazione):
3. Sono stati disposti trattamenti o controlli successivi? ☐ Sì ☐ No
4. Quando il paziente si è ammalato/ha avuto l'infortunio? Data:
5. I sintomi in questione sono già stati trattati prima/più volte? ☐ Sì ☐ No

   Se sì, durante quale periodo di trattamento? Data:
6. Anamnesi:
7. È subentrato un grave peggioramento non prevedibile? ☐ Sì ☐ No

   Se sì, quando?
8. Il paziente era inabile al lavoro? ☐ Sì ☐ No

   Se sì, da: fino a:
9. È stato effettuato un trattamento stazionario? ☐ Sì ☐ No

   Se sì, da quando fino a quando? (Le chiediamo gentilmente di inviare una copia del rapporto di dimissione)
10. È stata effettuata un'operazione? ☐ Sì ☐ No

    Se sì, data dell'operazione:
11. Quando precisamente è stata concordata la data dell'operazione? Data:

Domande concernenti la capacità di viaggiare

12. Al momento della prenotazione del viaggio sussistevano scrupoli sul piano medico concernenti la partenza? ☐ Sì ☐ No

    Fondazione:
13. Quando è stato possibile constatare per la prima volta che a causa dello stato di salute il viaggio non poteva essere effettuato?

    Data:

    Per quale motivo?
14. Il paziente L'ha informata sul proprio progetto di viaggio? ☐ Sì ☐ No

    Se sì, quando? Data:
15. A partire da quando ha ritenuto il paziente nuovamente abile a viaggiare? Data:

Altre informazioni

Luogo e data

Timbro e firma