

**DENUNCIA DI SINISTRO – SNOW ASSIST & SKIPASS ASSUR**

La preghiamo di compilare questo documento in maniera completa e leggibile. 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 / CAP: \_\_\_\_\_ Comune e Provincia : \_\_\_\_\_  
N° di tel. privato: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_  
Cellulare: \_\_\_\_\_

**2. Estremi bancari o postali**

Titolare: \_\_\_\_\_ Banca: \_\_\_\_\_  
IBAN: \_\_\_\_\_ Conto postale: \_\_\_\_\_

**3. Informazioni su altre coperture assicurative**

Nome e Indirizzo della Sua Assicurazione obbligatoria? \_\_\_\_\_  
N° di polizza: \_\_\_\_\_  
Ha già informato quest'assicurazione del sinistro?  SI  NO  
Ha una Assicurazione Complementare?  SI  NO  
Se si, Quale? Nome e Indirizzo: \_\_\_\_\_  
N° di polizza.: \_\_\_\_\_  
Ha già informato quest'assicurazione del sinistro?  SI  NO

**4. Natura del Sinistro**

- Rimborso skipass
- Rimborso lezioni di sci (*solo per assicurazione Snow Assist*)
- Rimborso del noleggio sci ed equipaggiamento (*solo per assicurazione Snow Assist*)
- Costi di ricerca e soccorso (*solo per assicurazione Snow Assist*)
- Costi di trasporto in ambulanza e/o elicottero (*solo per assicurazione Snow Assist*)

**5. Indicazioni sul sinistro in caso di assicurazione Snow Assist**

Luogo dell'accadimento: \_\_\_\_\_ Data e ora: \_\_\_\_\_  
I soccorritori della stazione sciistica sono intervenuti?  SI  NO Se si, come?: \_\_\_\_\_  
E' stato/a trasportata/a in un centro medico?  SI  NO  
Se si, quale e in che modo?: \_\_\_\_\_

**6. Indicazioni sul sinistro in caso di assicurazione Skipass Assur**

Motivi di annullamento o d'interruzione:

- Malattia     Infortunio     Decesso    della persona assicurata
- Malattia     Infortunio     Decesso    di un membro della famiglia (vedere condizioni)
- Chiusura parziale o totale Fermeture partielles o totale degli impianti di risalita della stazione

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

Quali persone sono state coinvolte ?

Nome, Cognome	Indirizzo	Connessione/ Relazione con l'assicurato

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

---

---

⇒ **Da riempire in caso di annullamento viaggio**

Se il viaggio non è stato annullato immediatamente, La preghiamo di indicarne il motivo:

---

---

---

⇒ **Da riempire in caso di interruzione del viaggio**

In caso di malattia / inofrtunio, Ha consultato un medico sul posto?  SI     NO

Diagnosi: \_\_\_\_\_

E' stato necessario un ricovero in ospedale?  SI     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?:	
Da quando il paziente è impossibilitato a sciare o di fare un altro sport invernale?:	
Al momento della prenotazione, il paziente era in grado di praticare sci o un altro sport invernale ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Quando è stato informato dal paziente del suo viaggio (data)?:	
In che data il paziente è stato informato della sua incapacità di praticare sci o un altro sport invernale ?	
E' stato necessario un ricovero ? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Se si, da quando a quando (data) :	
Ha subito un'operazione?: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Se si, quando (data)?:	
Quando ha informato il paziente dell'operazione (data)?:	
In caso di gravidanza, data della constatazione/conferma?:	
In caso di malattia preesistente, da quando il paziente è in terapia?	
A quale data risale l'ultimo consulto relativo a questa patologia?	
Annotazione importanti riguardo la decisione dell'annullamento (ad esempio aggravamento inatteso della salute):	
Data :	Firma e timbro del medico :

*Ci riserviamo il diritto di verificare queste informazioni attraverso il servizio medico di Europ Assistance.*

## 7. Documenti e giustificativi

La preghiamo di inviarci i seguenti documenti:

- Originale dello skipass
- Certificati Medici
- Nel caso di un'assicurazione Skipass Assur, il questionario medico qui allegato
- In caso di decesso, copia del certificato di decesso
- Tutti i giustificativi originali delle spese per cui è richiesto rimborso

### 7.1 Giustificativi per annullamento o interruzione viaggio :

- Copia del certificato medico
- Copia del certificato di decesso

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 é 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 di necessità, le informazioni saranno comunicate ai terzi implicati in Svizzera o all'estero, in particolare ai coassicuratori e ai riassicuratori, ai fini di trattamento. In ogni caso, la mia autorizzazione non obbliga la compagnia ad 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.

Luogo, data: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_