

# Notifica di sinistro

N° del sinistro:

## Assicurazione spese di annullamento per offerte della Scuola Club Migros

Gentile cliente,

Ci dispiace che non potrà usufruire come richiesto dell'offerta prenotata presso la sua Scuola Club Migros. Affinché l'ERV può erogare rapidamente e senza complicazioni una prestazione assicurativa, le chiede gentilmente di compilare con attenzione la presente segnalazione di sinistro e di allegare, se pertinente, la seguente documentazione:

- Fattura/documento di conferma dell'offerta
- Conferma della Scuola Club Migros (attestante la disdetta, la sospensione o l'interruzione)
- Documento comprovante l'evento (certificato medico, atto di morte, comunicazione del datore di lavoro e simili)
- Attestazione medica (da far compilare al medico curante) per richieste superiori a CHF 2000.- (modulo a pagina 2)

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

Cognome: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

Data di nascita: \_\_\_\_\_

Via/numero civico: \_\_\_\_\_

CAP/luogo: \_\_\_\_\_

Telefono (raggiungibile durante il giorno): \_\_\_\_\_

Indirizzo e-mail: \_\_\_\_\_

Numero del conto (IBAN): \_\_\_\_\_

CAB (BIC/SWIFT): \_\_\_\_\_

### Domande concernenti l'evento

1.  Grave malattia imprevista       Infortunio       Decesso       Altro: \_\_\_\_\_

Breve riassunto del caso: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Domande concernenti altre coperture assicurative

2. È assicurato presso altre compagnie assicurative contro i costi d'annullamento?  sì       no

Compagnia: \_\_\_\_\_

Numero di polizza: \_\_\_\_\_

### Conferma e procura

L'Europea Assicurazione Viaggi (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 prestazioni.

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 infermità precedenti attuali o subentrate nel corso della durata del contratto ed esonerano gli stessi dal loro obbligo di riservatezza legale.

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma del responsabile del danno o del rappresentante legale \_\_\_\_\_

### Conferma della Scuola Club Migros:

**Offerta prenotata** (nome della formazione o del corso): \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_ dal: \_\_\_\_\_ al: \_\_\_\_\_

Annullamento      Data del' annullamento: \_\_\_\_\_

Interruzione      Numero di corsi/lezioni non frequentati: \_\_\_\_\_ dal: \_\_\_\_\_ al: \_\_\_\_\_

Luogo e data \_\_\_\_\_

Timbro e firma Scuola Club Migros \_\_\_\_\_

# Certificato medico

N° del sinistro: \_\_\_\_\_

## Domande concernenti l'evento

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 partecipare all'offerta

12. Al momento della prenotazione c'erano dubbi da parte del medico in merito alla partecipazione?  sì  no  
Fondazione: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
13. Quando è divenuto chiaro per la prima volta che non sarebbe stato possibile partecipare all'offerte per motivi di salute o che si sarebbe reso necessario sospenderli o interromperli?  
Data: \_\_\_\_\_  
Per quale motivo? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
14. Il/la paziente l'ha informata della partecipazione?  sì  no  
Se sì, quando? \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_
15. A partire da quando ha ritenuto che il/la paziente fosse di nuovo nelle condizioni di partecipare? Data: \_\_\_\_\_

## Altre informazioni

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Luogo e data

Timbro e firma