

# Notificazione di danno

N° del sinistro

---

## riservato ai clienti Cumulus-MasterCard

---

Gentile cliente,

La copertura assicurativa è valida per viaggi privati fino ad un massimo di 90 giorni, sempre che almeno il 51% del viaggio sia stato pagato con una Cumulus-MasterCard valida. Per poter verificare il vostro diritto ad una prestazione assicurativa, abbiamo bisogno che ci fornisca alcuni dati. La preghiamo di compilare la notificazione di danno in ogni sua parte e di allegare, se applicabili, i seguenti documenti.

Trattasi di:

- infortunio morte
- infortunio invalidità
- ritardo di un volo di linea
- annullamento da parte della compagnia aerea od overbooking di un volo di linea confermato
- perdita del proseguimento del volo dovuto al ritardo del primo volo di linea
- protezione giuridica per viaggi
- insolvenza di una compagnia aerea

I seguenti documenti sono allegati:

- Certificato medico dettagliato
- Certificato di morte
- Documentazione dell'impresa di trasporto aereo che comprova il ritardo, come pure la prova che non è stata offerta alcun'altra alternativa entro le 4 ore
- Conferma della prenotazione, risp. dell'estratto conto da cui risulti la prenotazione del viaggio con la Cumulus-MasterCard
- Conferma degli indennizzi erogati dalla compagnia aerea
- Originali dei giustificativi delle spese supplementari insorte
- Attestato dell'insolvenza o un altro certificato ufficiale (p. es. comunicato stampa)

Se non può rispondere ad una domanda o se non può rispondere completamente, La preghiamo d'indicare il motivo.

### **Domande sul titolare della carta o della carta supplementare (la persona avente diritto)**

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

Nomi: \_\_\_\_\_

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

Via/n°: \_\_\_\_\_

NPA/luogo: \_\_\_\_\_

Telefono (ore diurne): \_\_\_\_\_

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

Codice IBAN: \_\_\_\_\_

Codice BIC (SWIFT): \_\_\_\_\_

Nome e indirizzo della banca: \_\_\_\_\_

### **Domande sul danno**

1. Data del volo: \_\_\_\_\_

2. Compagnia aerea e n° di volo: \_\_\_\_\_

3. Quando si è verificato il danno? Data: \_\_\_\_\_

4. In quali circostanze si è verificato il danno (breve descrizione)?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

5. Quante persone assicurate sono state coinvolte dal danno?

6. Indicare nomi, cognomi e date di nascita

**Domande su altre assicurazioni o risarcimenti**

7. Esistono altre assicurazioni per questo rischio?

sì  no

8. In caso affermativo, quali?

9. È già stato pagato o richiesto il risarcimento presso un'altra istituzione (ad es. compagnia aerea)?

sì  no

10. In caso affermativo, da chi?

La informiamo che al fine di verificare i diritti avanzati procederemo al trattamento dei suoi dati ed effettueremo gli accertamenti necessari e utili al caso anche presso terzi in Svizzera e all'estero (p.es. enti pubblici, persone coinvolte, assicuratori, esperti, personale medico, ospedali).

La Compagnia è autorizzata ad elaborare e trasmettere nella misura richiesta i dati inerenti al sinistro a co- e riassicuratori, enti pubblici, compagnie e istituzioni assicurative, sistemi d'informazione centralizzati di compagnie assicurative e altre persone coinvolte in Svizzera e all'estero nonché a chiedere informazioni agli stessi. Questo consenso è valevole indipendentemente dal rilevamento del sinistro da parte della Compagnia. L'elaborazione dei dati da parte della Compagnia avverrà secondo i principi della legge sulla protezione dei dati. La persona sottoscritta libera ospedali, medici, enti pubblici, compagnie e istituzioni assicurative, sistemi d'informazione centralizzati delle compagnie assicurative e altre persone coinvolte dal loro segreto professionale verso la Compagnia e li autorizza a fornire alla Compagnia o al suo servizio medico tutte le informazioni richieste inerenti al sinistro.

Luogo e data

Firma della persona assicurata o del legale rappresentante