

Nome e cognome del cliente

Per favore, compilare il tutto e inviare a

HanseMerkur Reiseversicherung AG
Rep. RLK-Leistung
Siegfried-Wedells-Platz 1
D 20354 Amburgo

**Dichiarazione di sinistro
Assicurazione annullamento delle vacanze**

sinistro n.: _____
Assicurazione n.: _____

Gentile Cliente,
ha di nuovo dovuto annullare il Suo viaggio. Per un elaborare rapidamente il Suo sinistro, abbiamo bisogno di alcune importanti informazioni. A tal fine deve compilare questa dichiarazione di sinistro in modo completo e corretto. La ringraziamo per il Suo impegno!

I. Informazioni sul viaggio :

1) Operatore turistico: _____ Meta del viaggio: _____
2) Ufficio turistico: _____
3) Prenotato il: _____ Annullato il: _____
4) Inizio del viaggio: _____ Fine del viaggio: _____

**II. Per quali viaggiatori è stato annullato il viaggio?
(Nome, indirizzo, data di nascita, recapito telefonico)**

1) _____
2) _____
3) _____
4) _____
5) _____
6) _____

III. Nome e indirizzo della persona che ha provocato il sinistro:

Per favore, indichi anche il **grado di parentela**.

Numero dell'assicurazione, dell'operazione e della prenotazione: _____
Per favore, lo indichi se non già prestabilito

Sinistro n°: _____
Per favore, lo indichi se conosciuto

VIII. Avviso sulle conseguenze della violazione di obblighi previsti dal contratto assicurativo

Avviso secondo § 28 paragrafo 4 della legge sui contratti assicurativi (VVG)

Gentile Cliente,

abbiamo bisogno della Sua collaborazione dal momento in cui il sinistro è avvenuto.

Obbligo di informazione e chiarimento

In base agli accordi contrattuali con Lei stipulati, possiamo esigere, dopoché il sinistro si è verificato, che Lei ci fornisca ogni informazione utile all'accertamento del sinistro o all'estensione del nostro obbligo assicurativo (obbligo di dare informazioni) e ci dà la possibilità di un corretto controllo del nostro obbligo assicurativo in quanto ci fornisce tutte le informazioni utili al chiarimento delle circostanze in cui il sinistro si è verificato. Possiamo parimenti pretendere che Lei metta a disposizione ricevute/documenti, per quanto sia possibile pretenderli.

Libertà di prestazione

Se Lei, contrariamente agli accordi contrattuali, intenzionalmente non fornisce alcuna informazione veritiera o non ci mette intenzionalmente a disposizione le ricevute o i documenti richiesti, perde il diritto alla prestazione assicurativa. Violando colposamente questi obblighi, perde il diritto alla prestazione assicurativa anche se non completamente ma noi siamo autorizzati a diminuirla, a seconda della gravità della Sua colpa. Una riduzione non avviene se Lei dimostra di non aver violato l'obbligo assicurativo per colpevolezza grave.

Nonostante la violazione dei Suoi obblighi a fornire informazioni e chiarimenti o a procurarsi ricevute o documenti, siamo comunque obbligati a garantire le prestazioni assicurative se Lei dimostra che la violazione intenzionale colposa non era la causa né della violazione degli obblighi per l'accertamento del sinistro, né per l'accertamento o l'entità dei nostri obblighi contrattuali.

Se viola l'obbligo di fornire informazioni per chiarimento o appositamente di mettere a disposizione ricevute e documenti, saremo comunque esonerati dall'obbligo assicurativo.

Avviso:

Se il diritto a copertura assicurativa spetta non a Lei, ma a terzi, anche questi avrà l'obbligo di fornire informazioni, chiarimenti e ricevute o documenti.

Luogo: _____ Data: _____

Firma dell'assicurato e della persona assicurata o del legittimo rappresentante.

IX. Dichiarazioni finali

Confermo che le mie suddette dichiarazioni sono veritiere e complete. Sono informato del fatto che informazioni non corrette possono comportare la perdita della copertura assicurativa. Sono a conoscenza dei precedenti avvisi conformemente al § 28, paragrafo 4 del Codice delle Assicurazioni sulle conseguenze per violazione degli obblighi contrattuali al subentrare di un sinistro.

Inoltre rinuncio alle mie pretese e richieste contro un responsabile d'incidente o contro la mia cassa mutua pubblica o privata per l'ammontare del risarcimento della HanseMerkur Assicurazione annullamento viaggi AG che cedo alla HanseMerkur Assicurazione annullamento viaggi AG.

Luogo: _____ Data: _____

Firma dell'assicurato e della persona assicurata o del legittimo rappresentante.

X. Vincolo di segreto professionale e certificato medico

Assicurazione n°:
Sinistro n°:

Gentile assicurata/o,

per favore, firmi la seguente dichiarazione e inoltri questo modulo al medico curante. Se non è malato o incidentato Lei personalmente, faccia firmare la dichiarazione di dispensa dal segreto professionale alla persona malata o incidentata (persona assicurata o persona sottoposta a rischio come per es. genitori, bambini, nonni, ecc.). La presente dichiarazione non rappresenta una dispensa generale dal segreto professionale, ma solo a informazioni riguardanti malattie o incidenti che causano costrizioni fisiche o psichiche che causano lo storno o l'interruzione del viaggio.

Avviso: Lei o la persona i cui dati riguardanti la salute devono venire rilevati, hanno la possibilità di rifiutare la dispensa dal segreto professionale. In tal caso, l'obbligo di prestazione della HanseMerkur Assicurazione annullamento viaggi AG rimane sospeso fino al momento in cui questa ha nuovamente la possibilità di eseguire una verifica delle prestazioni.

Dichiarazione di vincolo di segreto professionale:

Sono informato che la HansaMerkur Assicurazione annullamento viaggi AG per verificare le Sue prestazioni si procura e controlla le informazioni su tutte le malattie che hanno portato al sinistro o su tutte le costrizioni fisiche provocate da un incidente che vengono usate come motivazione del risarcimento. A questo scopo dispenso dal vincolo di segreto professionale tutte le persone nominate più avanti con professioni mediche o impiegate in ospedali e assicuratori-malattie nominati nella mia documentazione o che sono hanno partecipato a trattamenti terapeutici, anche dopo il mio decesso. Riguardo a trattamenti terapeutici come medico o dentista o altri mestieri terapeutici svolti in precedenza, questa dispensa dal segreto professionale è valida solo se queste informazioni sono necessarie al controllo della prestazione assicurativa.

Dispenso dal loro segreto professionale i seguenti medici e gli altri operatori sanitari (per favore, indicare nome e indirizzo completi):

1.) _____

2.) _____

3.) _____

Questa dichiarazione è valida anche per i miei bambini con me assicurati e per tutte le altre persone da me rappresentate che non sono in grado di capire il significato di questa dichiarazione.

Anche una copia di questa delega mantiene la Sua validità.

_____ il _____
Luogo Data Firma della persona i cui dati vengono richiesti

Certificato medico:

Assicurazione n°:
Sinistro n°:

Egr. Signora/Signor/Dottor,

La preghiamo di rispondere alle seguenti domande in modo completo in stampatello nell'interesse della Sua/del Suo paziente per valutare l'obbligo di indennizzo dell'Assicurazione annullamento viaggi.
(Se necessario la preghiamo di scrivere le Sue aggiunte su un foglio separato.)

Nome del paziente	Data di nascita
Via, codice postale, città	

1. a) Diagnosi precisa con codice ICD sullo storno dell'annullamento del viaggio a causa della malattia/dell'incidente:

- b) Antefatto/Anamnesi completa dell'avvenimento (eventualmente su un foglio extra): _____
2. Quando è stata formulata la diagnosi o quando è avvenuto l'incidente? _____
3. Quando ha preso per la prima volta contatto con il medico per questo disturbo? _____
4. a) Sussisteva inabilità al lavoro? No Sì, dal _____ al _____
Se sì, per favore aggiungere il certificato di inabilità al lavoro.
- b) Se no, per favore motivare: _____
5. Trattamento stazionario? No Sì, da _____ a _____
Se sì, per favore aggiungere il certificato di inabilità al lavoro.
6. Quali provvedimenti terapeutici sono stati avviati? Per favore, indicare anche le medicine utilizzate.

7. a) Quando sono avvenuti per questa malattia in particolare dei trattamenti (per favore, indicare la data)?

- b) Quali esami sono in particolare stati eseguiti? _____
8. a) La malattia sussisteva già da molto tempo? No Sì, da quando con precisione? _____
- b) Quando sono stati effettuati dei singoli trattamenti negli ultimi anni, riguardo alla malattia sopra indicata? Per favore, indicare le date precise! _____
- c) In quali di queste date è avvenuto un trattamento a causa di un peggioramento della malattia esistente?

9. a) Wurden Sie **vor** der Reisebuchung am _____ (Datum) nach der Reisefähigkeit gefragt? (Le è stato chiesto se era capace di sostenere un viaggio al momento della prenotazione) No Sì, la prima volta il _____
- b) Se sì, cosa è stato consigliato alla/al paziente o ai famigliari e più precisamente cosa è stato fatto notare?

10. Dopo aver prenotato il viaggio (data vedi punto 9a.) è stato domandato se era in grado di sostenere il viaggio?
 No Sì, la prima volta il _____
l'ultima volta il _____
11. Quando Le è stato sconsigliato di intraprendere il viaggio? Data: _____
Motivazione: _____
12. Le è stata consigliata una visita specialistica? No Sì, il: _____

Per favore, indicare qui il nome e l'indirizzo del medico.

Timbro e firma del medico

Luogo / Data