

Dichiarazione di sinistro

Assicurazione acquisti



1. Informazioni sul titolare della carta

Numero della carta : _____ **XXXX XXXX** _____

Cognome _____ Nome _____

Via / N° _____ NPA _____ Luogo _____

N° di telefono _____ E-mail _____

Data di nascita _____

2. Informazioni sul pagamento delle prestazioni

Titolare del conto bancario (Nome, Indirizzo) _____

Numero IBAN _____

3. Informazioni su altre assicurazioni

Ha un'altra assicurazione acquisti? Sì No

Se sì, presso quale compagnia ? _____ N° di polizza _____

4. Informazioni relative all'oggetto acquistato

a) Ha pagato il 100% dell'oggetto con la Sua carta prepagata Mastercard Life ShopProtect ? Sì No

b) Data di acquistato _____

c) Oggetto acquistato _____

d) Marca/produttore _____

e) Modello/colore/taglia _____

f) Nome/indirizzo del punto vendita _____

g) Prezzo in CHF _____

h) L'oggetto è stato distrutto rubato danneggiato

i) Data del sinistro _____

j) _____

k) La preghiamo di descrivere il sinistro in modo dettagliato:

5. Documenti e giustificativi obbligatori

- Prova di pagamento dell'oggetto con la carta prepagata Mastercard Life ShopProtect**
- Copia della ricevuta di acquisto o conferma dell'ordine
- In caso di deterioramento/danneggiamento: foto dell'oggetto danneggiato
- In caso di furto: rapporto di polizia
- Fattura di riparazione o conferma del danno totale
- Decisione del venditore relativa alla richiesta di rimborso

Dichiarazione

Confermo l'esattezza e la completezza delle informazioni fornite sopra. Prendo atto che posso perdere il mio diritto alla prestazione assicurativa se le mie informazioni sono imprecise, incomplete o contraddittorie, anche se ciò non comporta alcun danno all'assicuratore. Accetto che Europ Assistance (Svizzera) Assicurazioni SA si informi presso gli organizzatori di viaggi, gli intermediari, le società di trasporto, Swiss Bankers Prepaid Services SA e le società incaricate da Swiss Bankers Prepaid Services SA, le autorità (polizia, tribunali, ecc.), altri assicuratori e qualsiasi altra parte interessata. Sollevo queste entità da qualsiasi obbligo di riservatezza nei loro confronti. Confermo di aver ricevuto, compreso e accettato i termini e le condizioni generali dell'assicurazione (CGA).

Obbligo del segreto professionale

Autorizzo Europ Assistance (Svizzera) Assicurazioni SA a verificare e trattare i dati che mi riguardano necessari per valutare l'obbligo di fornire prestazioni e per trattare il sinistro che ho dichiarato. Ciò include, in particolare, le indagini mediche presso i medici, ospedali, ecc., nell'ambito delle quali sollevo espressamente i medici e il personale sanitario dal loro dovere di riservatezza. Se necessario, i dati saranno trasmessi a terzi interessati in Svizzera e all'estero, inclusi co-assicuratori, riassicuratori e altre parti coinvolte nel trattamento del sinistro.

Informazioni dettagliate sul trattamento dei dati personali sono disponibili al seguente indirizzo:

www.europ-assistance.ch/ch-fr/declaration-de-confidentialite

Liberatoria sul segreto bancario

Gli assicurati accettano che il contraente dell'assicurazione o Europ Assistance (Svizzera) Assicurazioni SA possa avvalersi di terzi per l'esecuzione delle loro missioni. Il titolare della carta assicurata accetta che Europ Assistance (Svizzera) Assicurazioni SA possa verificare con il contraente dell'assicurazione se il titolare della carta assicurata possedeva un contratto di carta assicurata valido alla data del sinistro. Il titolare della carta autorizza il contraente dell'assicurazione a fornire tali informazioni a Europ Assistance (Svizzera) Assicurazioni SA. In questo senso, gli assicurati sollevano tali entità da qualsiasi obbligo di segreto bancario e commerciale.

Luogo, data

Firma del titolare della carta
