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'oggeto è stato ❑ distrutto ❑ rubato ❑ danneggiato

i) Data del sinistro _____

j) 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 che le informazioni fornite sopra sono corrette e complete. Prendo atto che posso perdere il diritto alle prestazioni assicurative se le informazioni fornite risultano inesatte, incomplete o contraddittorie, anche qualora ciò non comporti alcun pregiudizio per l'assicuratore. Autorizzo Redion (Svizzera) Assicurazioni SA a richiedere informazioni agli organizzatori di viaggi, agli intermediari, alle società di trasporto, a Swiss Bankers Prepaid Services SA e alle società incaricate da Swiss Bankers Prepaid Services SA, alle autorità (polizia, tribunali, ecc.), ad altri assicuratori e a qualsiasi altra parte coinvolta. Sollevo tali enti dall'obbligo di riservatezza nei confronti di Redion (Svizzera) Assicurazioni SA.

Confermo di aver ricevuto, compreso e accettato le Condizioni Generali di Assicurazione (CGA).

Autorizzazione alla raccolta di informazioni e svincolo dall'obbligo del segreto professionale

Autorizzo Redion (Svizzera) Assicurazioni SA, a raccogliere, verificare e trattare i dati che mi riguardano necessari alla valutazione del mio diritto alle prestazioni e alla gestione del sinistro da me dichiarato.

A tal fine, autorizzo i medici, gli ospedali, gli altri professionisti sanitari nonché i terzi interessati (in particolare le agenzie di viaggio, le imprese di trasporto, le autorità e gli altri organismi coinvolti nella gestione del sinistro) a trasmettere a Redion (Svizzera) Assicurazioni SA le informazioni necessarie all'istruzione della mia pratica. Sollevo i medici e gli altri professionisti sanitari interessati dall'obbligo del segreto professionale nei limiti di quanto sopra.

Qualora ciò sia necessario per la gestione del sinistro, i dati possono essere comunicati a terzi coinvolti nella sua gestione, in Svizzera o all'estero, in particolare ai coassicuratori e ai riassicuratori.

Informazioni dettagliate relative al trattamento dei dati sono disponibili al seguente indirizzo:

www.redion.com/ch-fr/notice-de-traitement-des-donnees-personnelles/

Liberatoria sul segreto bancario

Gli assicurati accettano che il contraente dell'assicurazione o Redion (Svizzera) Assicurazioni SA possa avvalersi di terzi per l'esecuzione delle loro missioni. Il titolare della carta assicurata accetta che Redion (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 Redion (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