



### 3. Dettagli sul viaggio programmato (la sua agenzia di viaggio le sarà d'aiuto a compilare questo modulo)

Organizzatore del viaggio/Tour-Operator/Locatore:

Agenzia di viaggi/Agenzia d'iscrizione:

Destinazione:

Durata del viaggio: dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

Data dell'iscrizione definitiva: \_\_\_\_\_ Quando è stata emessa la polizza: \_\_\_\_\_

Data dell'annullamento: \_\_\_\_\_ Quanti giorni prima della partenza: \_\_\_\_\_

Vogliate elencare i viaggiatori, che hanno annullato l'arrangiamento:

1 Nome/Cognome \_\_\_\_\_ relazione di parentela \_\_\_\_\_

2 Nome/Cognome \_\_\_\_\_ relazione di parentela \_\_\_\_\_

3 Nome/Cognome \_\_\_\_\_ relazione di parentela \_\_\_\_\_

4 Nome/Cognome \_\_\_\_\_ relazione di parentela \_\_\_\_\_

Prezzo dell'arrangiamento Fr. \_\_\_\_\_ per persona x numero di persone = Totale Fr. \_\_\_\_\_

Spese d'annullamento Fr. \_\_\_\_\_ per persona = % x numero di persone = Totale Fr. \_\_\_\_\_

### 4. Dichiarazione

Confermo la veridicità e completezza delle succitate informazioni. Prendo atto della possibilità di perdere le prestazioni assicurative, qualora le mie indicazioni non corrispondano alla verità, siano incomplete o contraddittorie, anche se ciò non fosse a svantaggio dell'assicuratore. Inoltre sono consapevole che ELVIA esegue una verifica delle informazioni da me rilasciate a motivazione del mio diritto, allo scopo di valutare il suo obbligo alle prestazioni. A questo scopo esonero medici e persone ausiliarie, citate nelle documentazioni da me presentate o che hanno partecipato alla cura, dall'obbligo di mantenere il segreto e ciò anche oltre la mia morte. Per quanto concerne cure precedenti, questo esonero dall'obbligo del segreto vale solamente nella misura in cui le indicazioni sono necessarie per verificare l'obbligo alle prestazioni.

Luogo, data \_\_\_\_\_

Firma dell'assicurato (minorenni firma del tutore legittimo) \_\_\_\_\_

Onde permetterci di trattare il caso la preghiamo di inviarci i seguenti documenti:

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> copia della polizza  | <input type="checkbox"/> condizioni di viaggio dell'organizzatore del viaggio (Tour-Operator)                                      |
| <input type="checkbox"/> la fattura dell'arrangiamento/conferma originaria della prenotazione     | <input type="checkbox"/> fattura carta di credito UBS, prova d'utilizzo della carta di credito UBS per la prenotazione del viaggio |
| <input type="checkbox"/> la fattura dell'annullamento   | <input type="checkbox"/> _____   |
| <input type="checkbox"/> certificato medico con diagnosi  | <input type="checkbox"/> _____   |
| <input type="checkbox"/> denuncia di morte/certificato di morte                                   | <input type="checkbox"/> _____   |
| <input type="checkbox"/> condizioni di viaggio dell'intermediario del viaggio (agenzia di viaggi) | <input type="checkbox"/> _____   |

Da riempire dall'Allianz

Numero di sinistro \_\_\_\_\_

Data della liquidazione \_\_\_\_\_

accettato

Fr. \_\_\_\_\_

non accettato