



Domanda d'assistenza alle persone

La preghiamo di rispondere a tutte le rubriche in stampatello.

N. di socio TCS: _____

N. della pratica: _____

1 Dati personali del beneficiario

Cognome: _____

Tel. uff.: _____

Nome: _____

Tel. priv.: _____

Via / N.: _____

Cellulare: _____

NAP, Località: _____

2 Tipo di sinistro

Incidente Malattia Decesso

Altro (da precisare) _____

Data e luogo del sinistro: _____

3 Tipo di prestazione(i)

Rientro anticipato Soggiorno prolungato Rimpatrio sanitario

Altro (da precisare) _____

4 Dati della(e) persona(e) ammalata(e)

Cognome, Nome: _____

Cognome, Nome: _____

Data di nascita: _____

Data di nascita: _____

Via / N.: _____

Via / N.: _____

NAP, Località: _____

NAP, Località: _____

Assicurazione malattia: _____

Assicurazione malattia: _____

N. di polizza: _____

N. di polizza: _____

Assicurazione(i) complementare(i): _____

Assicurazione(i) complementare(i): _____

N. di polizza: _____

N. di polizza: _____

4.1 Dati della(e) persona(e) ferita(e)

Cognome, Nome: _____

Cognome, Nome: _____

Data di nascita: _____

Data di nascita: _____

Via / N.: _____

Via / N.: _____

NAP, Località: _____

NAP, Località: _____

Assicurazione infortunio: _____

Assicurazione infortunio: _____

N. di polizza: _____

N. di polizza: _____

Assicurazione(i) complementare(i): _____

Assicurazione(i) complementare(i): _____

N. di polizza: _____

N. di polizza: _____

4.2 Dati della(e) persona(e) deceduta(e)

Cognome, Nome: _____

Cognome, Nome: _____

Data di nascita: _____

Data di nascita: _____

Via / N.: _____

Via / N.: _____

NAP, Località: _____

NAP, Località: _____

Assicurazione di base: _____

Assicurazione di base: _____

N. di polizza: _____

N. di polizza: _____

Assicurazione(i) complementare(i): _____

Assicurazione(i) complementare(i): _____

N. di polizza: _____

N. di polizza: _____

5 Spese supplementari

La preghiamo di farci pervenire una lista dettagliata con i giustificativi originali.

5.1 Riferimenti postali o bancari

N. del C.C.P.: _____

Titolare del conto: _____

N. del conto bancario: _____

Nome della banca: _____

Via / N.: _____

NAP, Località: _____

6 Documenti da inviarc

Copia del pacchetto /arrangiamento di viaggio

Titoli di trasporto originali non utilizzati

Una copia del conteggio dell'agenzia di viaggio / del locatore per la parte del soggiorno non utilizzata

Certificato medico / Attestato dell'ospedale

Atto di decesso / partecipazione di lutto

Copia del contratto d'affitto

Giustificativi originali dei nuovi titoli di trasporto

7 Modalità di pagamento dell'arrangiamento di viaggio

Se il pagamento è stato effettuato tramite carta di credito, la preghiamo indicarci quale

Mastercard

Visa

American Express

Altro (da precisare) _____

8 Se il vostro veicolo è da rimpatriare

Luogo di sosta all'estero

Nome del garage: _____

Via / N.: _____

NAP, Località: _____

Paese / Provincia o Regione: _____

Tel.: _____ Fax: _____

Luogo di consegna in Svizzera

Nome del garage: _____

Via / N.: _____

NAP, Località: _____

Tel.: _____ Fax: _____

9 Luogo di deposito di

Targhe

in garage

Chiavi

in garage

Libretto di circolazione

in garage

Carta verde

in garage

Altro

(da precisare) _____

(da precisare) _____

(da precisare) _____

(da precisare) _____

10 Descrizione

Dare una breve descrizione dei fatti: _____

11 Conferma e procura

Se posso far valere contro terzi pretese corrispondenti alle prestazioni fornite dal TCS, rispettivamente da TCS Assicurazioni o Assista, devo cedere i miei diritti a quest'ultimi.

Il sottoscritto conferma che le indicazioni fornite su questo formulario sono complete e conformi alla verità.

Luogo e data: _____ Firma del beneficiario: _____

Da spedire debitamente compilata e firmata all'indirizzo sottostante.