TAS Assicurazioni SA
Ch. de Blandonnet 4
Casella postale 820
1214 Vernier

Tel. : +41 58 827 63 93
libretto.urgenza@tcs.ch
www.tcs.ch

TCS Libretto protezione d'emergenza

Notifica di sinistro

N°beneficiario (persona infortunata o malata):

☐ **Trasporto d'urgenza**

☐ **Copertura mobilità**

Scegliere la casella corrispondente

Per poter fornire una prestazione assicurativa, sono necessari alcuni dati importanti. Si prega di compilare la presente notifica di sinistro con accuratezza e di allegare **i documenti menzionati al punto 4.**

1. Dati personali del titolare

Nome: .....

Cognome: .....

Via, n°: .....

CAP, Località: .....

Tel privato: .....

Tel. professionale: .....

Cellulare: .....

E-mail: .....

Desidera ricevere le informazioni relative al trattamento della sua pratica tramite E-mail?

☐ Si ☐ No

Riferimenti postali o bancari

Nome e cognome del titolare del conto .....

.....

IBAN bancario o postale: .....

2. Dati del beneficiario (persona infortunata o malata)

Nome: .....

Cognome: .....

Beneficiario dello stesso prodotto: ☐ Si ☐ No

Se sì: Grado di parentela.....

Se no: N° del beneficiario (persona infortunata o malata)

.....

Via, n°: .....

CAP, Località: .....

Anno di nascita: .....

IBAN bancario o postale: .....

Nome, indirizzo e n° di polizza dell'assicurazione infortunio/malattia (persona infortunata o malata):

.....

.....

.....

3. Descrizione dell'evento

.....

.....

.....

.....

4. Documenti necessari per il trattamento della richiesta di indennizzo

☐ Attestato di domicilio per tutte le persone che abitano nella stessa economia domestica del titolare (figli maggiorenni, conviventi)

Come attestato di domicilio valgono i seguenti documenti (solo se rilasciati da poco):
– la copia di un documento d'identità con l'indirizzo completo
– la copia della prima pagina della dichiarazione delle imposte
– una copia della prima pagina del contratto d'assicurazione infortunio/malattia del beneficiario (persona infortunata o malata)

4.1 Trasporto d'urgenza

☐ Fattura del trasporto d'urgenza

☐ Decisione/conteggio assicurazione infortunio/malattia del beneficiario (persona infortunata o malata)

☐ Certificato medico o la lettera di dimissioni / il rapporto dell' ospedale

4.2 Copertura mobilità

☐ Ricevute tragitti

☐ Decisione/conteggio assicurazione infortunio/malattia del beneficiario (persona infortunata o malata)

Continua sul retro →

4.3 Sintesi delle spese

Trasporto d'urgenza

Data:	Importo fatturato:	Presa a carico assicurazione:
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....

Copertura mobilità

Data:	Mezzo di trasporto:	Luogo di partenza/arrivo:	Importo fatturato:	Presa a carico assicurazione:
.....	.....	.....	.....	.....

Motivo dello spostamento: .....

Data:	Mezzo di trasporto:	Luogo di partenza/arrivo:	Importo fatturato:	Presa a carico assicurazione:
.....	.....	.....	.....	.....

Motivo dello spostamento: .....

Data:	Mezzo di trasporto:	Luogo di partenza/arrivo:	Importo fatturato:	Presa a carico assicurazione:
.....	.....	.....	.....	.....

Motivo dello spostamento: .....

Data:	Mezzo di trasporto:	Luogo di partenza/arrivo:	Importo fatturato:	Presa a carico assicurazione:
.....	.....	.....	.....	.....

Motivo dello spostamento: .....

Data:	Mezzo di trasporto:	Luogo di partenza/arrivo:	Importo fatturato:	Presa a carico assicurazione:
.....	.....	.....	.....	.....

Motivo dello spostamento: .....

Data:	Mezzo di trasporto:	Luogo di partenza/arrivo:	Importo fatturato:	Presa a carico assicurazione:
.....	.....	.....	.....	.....

Motivo dello spostamento: .....

Data:	Mezzo di trasporto:	Luogo di partenza/arrivo:	Importo fatturato:	Presa a carico assicurazione:
.....	.....	.....	.....	.....

Motivo dello spostamento: .....

Data:	Mezzo di trasporto:	Luogo di partenza/arrivo:	Importo fatturato:	Presa a carico assicurazione:
.....	.....	.....	.....	.....

Motivo dello spostamento: .....

5. Conferma e autorizzazione

Il/la sottoscritto/a autorizza il TCS o TAS Assicurazioni SA a procurarsi, se necessario, informazioni relative al caso presso terzi e ad esonerarei medici curanti dal segreto professionale nei confronti di TAS Assicurazioni SA.

Se il beneficiario può rivendicare diritti verso terzi legati a prestazioni fornite dal TCS, da TAS Assicurazioni SA egli cede i suoi diritti a questi ultimi.

Il/la sottoscritto/a conferma che i dati indicati nel presente formulario sono completi e conformi al vero ed è a conoscenza che la comunicazione intenzionale di dati falsi o non completi esonera TAS Assicurazioni SA da un obbligo di prestazioni a seguito di un sinistro.

Luogo e data: ..... Firma del beneficiario: .....