

Liberazione del segreto professionale

N° polizza (allegare fotocopia)

N° sinistro (viene compilato da Allianz Global Assistance)

Dati personali (Si prega di riempire il modulo in stampatello)

Cognome, Nome

Data di nascita

Strada/n°

CAP/Luogo

N° di telefono privato

N° di telefono ditta

Meta del viaggio

Genere di viaggio

privato

d'affari

Durata del viaggio dal/al

Data della prenotazione del viaggio

Gentile assicurata, Egregio assicurato

La preghiamo di compilare questo modulo con i suoi dati personali e le date di viaggio. La dichiarazione va firmata e spedita al medico curante.

Liberazione del segreto professionale

So, che Allianz Global Assistance (Svizzera) ha bisogno di diverse informazioni affinché possa verificare e accettare il sinistro. Per questo motivo esonero i medici e loro ausiliari, menzionati nella documentazione presente o i quali erano coinvolti nel trattamento, dal segreto professionale, e precisamente al di là della mia morte. Per quanto concerne malattie pregresse ed esistenti questa liberazione è solo valida nel caso che le informazioni siano necessarie per la verifica del sinistro.

Luogo, data

Firma (minorenni firma del tutore legittimo)

Certificato medico assicurazione spese d'annullamento

N° polizza (allegare fotocopia)

N° sinistro (viene compilato da Allianz Global Assistance)

1. a) Anamnesi con data della prima consultazione medica (in caso di gravidanza la data del accertato)

b) Diagnosi obiettiva

c) Diagnosi e data che ha portato all'incapacità di viaggiare (in caso di gravidanza indicare la data presunta del parto)

d) A partire da quale data esiste l'incapacità di viaggiare?

e) Al momento della prenotazione del viaggio esisteva capacità ad affrontare il viaggio?

 Sì No

2. a) Sono stati prescritti medicinali?

 Sì No

Se sì, che tipo di medicinali?

b) Ci sono stati ulteriori controlli?

 Sì No

Se sì, date di trattamento

c) È stata effettuata un'operazione?

 Sì No

Se sì, data dell'operazione

Quando è stata fissata la data dell'operazione?

Si tratta di un intervento a scelta?

 Sì No

d) Altre terapie/provvedimenti?

3. a) È stato necessario il ricovero in un ospedale clinica?

 Sì No

Se sì, dove?

dal

al

b) Il paziente è stato inabile al lavoro?

 Sì No

Se sì

dal

al

%

Se non è stato inabile al lavoro, per quale motivo?

Luogo, data

Firma e timbro del medico
