

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 _____

Data dell'entrata _____ Data di partenza _____

Gentile assicurata, Egregio assicurato

Voglia compilare questo modulo con i propri dati, le date di viaggio e sottoscrivere la seguente dichiarazione. Vogliate poi spedire il modulo allegato al medico curante.

Liberazione del segreto professionale

So, che Allianz Global Assistance (Schweiz) ha bisogno di diverse informazioni affinché possa verificare e accertare il sinistro. Per questo motivo esonero 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 Health Care Switzerland

N° polizza (allegare fotocopia)

N° sinistro (viene compilato da Allianz Global Assistance)

1. a) Anamnesi con data della prima consultazione medica

b) Diagnosi con data del inizio della malattia/infortunio

2. a) Sono stati somministrati dei medicinali? Sì No

Se sì, a quale scopo?

b) Sono stati fissati appuntamenti per ulteriori trattamenti?

 Sì No

Se sì, quando (data)

c) Trattamento stazionario? (Vogliate allegare il rapporto d'uscita dell'ospedale)

 Sì No

Se sì, dove??

dal

al

3. a) Nella cura sono coinvolti altri centri? (Medici, ospedali, terapeuti) Sì No

Se sì, chi?

b) È concluso il trattamento?

 Sì No

Se sì, data della conclusione del trattamento

Se no, probabilmente quando?

Luogo, data

Firma e timbro del medico
