



Liberazione del segreto professionale

N° polizza (allegare fotocopia) _____ N° sinistro (viene compilato da Allianz 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 _____

Destinazione del viaggio _____ Tipo 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 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. Inoltre esonero i medici fiscali della Allianz Assistance (Svizzera) dal segreto professionale nei confronti dei dipendenti della Allianz Assistance (Svizzera) coinvolti nell'elaborazione del sinistro annunciato. Sono consapevole che Allianz Assistance (Svizzera), nell'ambito dell'elaborazione dei casi di sinistro, potrebbe avvalersi integralmente o parzialmente dei servizi di aziende giuridicamente autonome del Gruppo Allianz soggette a norme comparabili di protezione dei dati in ambito nazionale o europeo; autorizzo il trasferimento dei miei dati personali e dei dati riguardanti il caso di sinistro, inclusi i dati personali sensibili, alle aziende di servizio di cui sopra a detto scopo di elaborazione.

Luogo, data

Firma (minorenni firma del tutore legittimo)



Certificato medico assicurazione spese d'annullamento

N° polizza (allegare fotocopia)

N° sinistro (viene compilato da Allianz Assistance)

1. a) Anamnesi con data della prima consultazione medica (in caso di gravidanza la data dell'accertamento)

b) Diagnosi che determinano l'incapacità di viaggiare con data dell'effettuazione della diagnosi (in caso di gravidanza indicare la presunta data del parto)

c) In che data il paziente vi ha messo al corrente del viaggio?

d) In che data il paziente è stato messo al corrente della sua 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) E 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 un ricovero in ospedale/clinica?

Sì

No

Se sì, dove?

da

fino

b) Il paziente è stato inabile al lavoro?

%

Sì

No

Se sì, da quando a quando. Se no, indicare il motivo

4. Malattia o incidente di una persona che non partecipa al viaggio

Relazione nei confronti della persona assicurata

Data di nascita

Quando è subentrata la malattia (in caso di incidente, indicarne la data)?

Diagnosi

Quando è stato possibile riconoscere che la presenza della persona assicurata era necessaria in relazione allo stato di salute del paziente?

Luogo, data

Firma e timbro del medico