



Déliement du secret médical

N° de police (veuillez joindre une copie)

N° de sinistre (rempli par Allianz Global Assistance)

Identité (Veuillez svp écrire en lettres majuscules)

Nom, Prénom

Date de naissance

N°/Rue

NPA/lieu

Téléphone privé

Téléphone professionnel

Destination du voyage

Genre de voyage

Date de réservation

Voyage

du

au

Cher (chère) assuré(e)

Prière d'inscrire sur le formulaire dans les cases de la rubrique correspondante (A ou C), votre identité et les dates de votre voyage et de signer la déclaration ci-dessous. Veuillez ensuite transmettre ce formulaire au médecin traitant.

Déliement du secret médical

Je n'ignore pas que pour juger de son devoir de faire prestation, Allianz Global Assistance (Suisse) a besoin de vérifier les données que j'ai fournies pour justifier mes prétentions. A cet effet, je délègue les médecins et leurs auxiliaires qui sont de la part de mon décès. Cependant, en ce qui concerne un traitement effectué déjà antérieurement, ce déliement du secret médical est uniquement valable, si les données sont indispensables à la vérification du devoir de faire prestation. Je comprends que, dans le cadre du traitement des sinistres, Allianz Global Assistance (Suisse) peut avoir recours, le cas échéant, en totalité ou en partie, à des services d'entreprises juridiquement indépendantes du groupe Allianz qui sont soumises à des normes comparables de protection des données, en Suisse ou dans d'autres pays européens ; j'accepte que les données personnelles qui me concernent ou qui concernent mon sinistre, y compris les données personnelles particulièrement sensibles, puissent être transmises aux entreprises de service susmentionnées aux fins de traitement précitées.

Lieu, date

Signature de l'assuré (pour les mineurs son représentant légal)



Rapport médical assurance frais d'annulation

N° de police (veuillez joindre une copie)

N° de sinistre (rempli par Allianz Global Assistance)

1. a) Anamnèse avec la date de la première consultation médicale (en cas de grossesse, date de la constatation)

b) Diagnostics motivant l'incapacité de voyager avec la date du diagnostic (en cas de grossesse, indiquer la date prévue de la naissance)

c) À quelle date le patient vous a-t-il informé du voyage?

d) À quelle date le patient a-t-il été informé de son incapacité de voyager?

e) Au moment de la réservation existait-il une CAPACITE de voyager?

Oui Non

2. a) Des médicaments ont-ils été prescrits?

Oui Non

Si oui, lesquels?

b) Des traitements ou des vérifications complémentaires de l'état de santé ont-ils été prescrits?

Oui Non

Si oui, indiquez les dates exactes

c) Une opération a-t-elle eu lieu?

Oui Non

Si oui, date de l'opération

Date à laquelle l'opération a été fixée

Intervention au choix?

Oui Non

d) Autres thérapies/mesures?

3. a) Un séjour hospitalier était-il nécessaire?

Oui Non

Si oui, où?

du

au

b) Existait-il une incapacité de travail?

%

Oui Non

Si oui, du/au/ sinon, motif

4. **Maladie ou accident de non-voyageurs**

Relation avec la personne assurée

Date de naissance

Quand la maladie est-elle survenue (en cas d'accident, veuillez indiquer la date de l'accident)?

Diagnostic

Quand était-il perceptible pour la première fois que la présence de la personne assurée était nécessaire, au vu de l'état de santé du patient?

Lieu, Date

Signature et timbre du médecin
