

Liberazione del segreto professionale

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

N° polizza

N° sinistro

(viene compilato da Allianz Travel)

Dati personali

Cognome, Nome

Data di nascita

Via / N°

CAP / Luogo

Telefono privato

Telefono ditta

Destinazione

Tipo di viaggio privato d'affari

Data dell'iscrizione

Durata del viaggio

dal

al

Liberazione del segreto professionale

So, che Allianz Travel (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 Travel (Svizzera) dal segreto professionale nei confronti dei dipendenti della Allianz Travel (Svizzera) coinvolti nell'elaborazione del sinistro annunciato. Sono consapevole che Allianz Travel (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 della persona assicurata (minorenni firma del tutore legittimo)

Certificato medico

Spese di annullamento

N° polizza

N° sinistro

(viene compilato da Allianz Travel)

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

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) 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 un ricovero in ospedale / clinica?

Sì

No

Se sì, dove?

da

fino

b) Il paziente è stato inabile al lavoro?

Sì

No

Se sì, in percentuale 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