

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

Data dell'entrata

Data di partenza

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 cura per ospiti**

N° polizza

N° sinistro

(viene compilato da Allianz Travel)

1. a) Anamnesi con data della prima consultazione medica

b) Diagnosi con data del inizio della malattia ovvero data dell'infortunio

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) Il paziente ha dovuto essere trattato come stazionario
(se disponibile, allegare il rapporto di uscita)? Sì No

Se sì, dove?

dal / al

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

Se sì, che tipo di medicinali?

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