

## Déliement du secret médical

N° de police	553048	N° de sinistre		(remplir par Allianz)
<b>A. Identité</b> (Veuillez svp écrire en lettres majuscules)				
Nom, Prénom:		Date d naissance:		
Rue/no.:		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, l'Allianz a besoin de vérifier les données que j'ai fournies pour justifier mes prétentions. A cet effet, je délie les médecins et leurs auxiliaires qui sont delà 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.**

Lieu, date

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

## Rapport médical assurance frais d'annulation

1a Anamnèse avec date de la première consultation

1b Résultats objectifs

1c Diagnose qui a pu entraîner une incapacité de voyager avec date exacte (en cas de grossesse veuillez nous indiquer la date de naissance)

1d A partir de quand une incapacité de voyager existait-il?

1e Au moment de la réservation existait-il une capacité de voyager?

Oui

Non

2a Est-ce que des médicaments ont été prescrits? Oui  Non

Si oui - lesquels?

2b Est-ce que des consultations ultérieures ou contrôles ont été fait? Oui  Non

Si oui, dates exactes:

2c Y-a-t-il eu une opération? Oui  Non

Si oui, date de l'opération

Date à laquelle l'opération a été fixée?

Intervention au choix? Oui  Non

2d Autres thérapies/mesures?

3a Un séjour hospitalier était-il nécessaire? Oui  Non

Si oui, où?

de

au

3b Existait-il une incapacité de travail? Oui  Non

Si oui, de quand à quand?

%

Si non, raison?

Lieu, date

Signature du médecin

Timbre du médecin