

Liberazione del segreto professionale

N° polizza	553048	N° sinistro		(viene compilato da l'Allianz)
A. Dati personali (si prega di riempire il modulo in stampatello)				
Congnome, Nome:		Data di nascita:		
Strada/n°:		NPA/Luogo:		
N° di telefono privato:		N° di telefono ditta:		
Meta del viaggio:		Genere di viaggio:		
Data della prenotazione del viaggio:		Durata del viaggio: dal fino		

Gentile assicurata,
Egregio assicurato,

Voglia riempire questo modulo con i vostri dati personali e le date di viaggio e sottoscrivere la seguente dichiarazione. Vogliate poi spedire il modulo allegato al medico curante.

Liberazione del segreto professionale

So, che l'Allianz ha bisogno di diverse informazioni affinché possa verificare e accertare il sinistro. Per questo motivo esono 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 verificaione del sinistro.

Luogo, data

Firma (minorenni firma del tutore legittimo)

Certificato medico assicurazione spese d'annullamento

1a Anamnesi con data della prima consultazione medica	
1b Diagnosi obiettiva	
1c Diagnosi e data che ha portato all'incapacità di viaggiare (in caso di gravidanza indicare la data della presunta del parto)	
1d A partire da quale data esiste l'incapacità di viaggiare?	
1e Al momento della prenotazione del viaggio esisteva capacità ad affrontare il viaggio?	Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

2a Sono stati prescritti medicinali? Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Se sì, che tipo di medicinali?	
2b Ci sono stati ulteriori controlli? Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Se sì, date di trattamento:	
2c È stata effettuata un'operazione? Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Se sì, data dell'operazione	Quando è stata fissata la data d'operazione?
Si tratta di un intervento a scelta? Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
2d Altre terapie/provvedimenti?	

3a È stata necessaria l'entrata in un ospedale o clinica? Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Se sì, dove? _____ da _____ al _____
3b Il paziente è stato inabile al lavoro? Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Se sì, dal _____ al _____ %
Se non è stato inabile al lavoro, per quale motivo?

Luogo, data	Timbro del medico
Firma del medico	