

Déliement du secret médical

Veillez noter sur le formulaire, votre identité et les dates demandées et signer le déliement du secret médical ci-dessous.
Veillez ensuite transmettre ce formulaire au médecin traitant.

N° de police

N° de sinistre
(rempli par Allianz Travel)

Identité

Nom, prénom _____ Date de naissance _____

N° / rue _____ NPA / lieu _____

Téléphone privé _____ Téléphone professionnel _____

Destination _____ Type de voyage privé professionnel

Date de la réservation _____

Durée du voyage _____ du _____ au _____

Déliement du secret médical

Je n'ignore pas que pour juger de son devoir de faire prestation, Allianz Travel (Suisse) a besoin de vérifier les données que j'ai fournies pour justifier mes prétentions. À cette effet, je dispense de leur secret professionnel les médecins et assistants nommés dans les documents présentés ou qui participaient au traitement. Ce déliement est valide même après ma mort. 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. En outre, je libère les médecins-conseil d'Allianz Travel (Suisse) de leur obligation du secret professionnel vers les employés d'Allianz Travel (Suisse) en charge du traitement du sinistre déclaré. Je comprends que, dans le cadre du traitement des sinistres, Allianz Travel (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 la personne assurée (pour les mineurs son représentant légal)

Rapport médical

Frais d'annulation

N° de police

N° de sinistre
(rempli par Allianz Travel)

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

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 capacité 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, en pourcentage, du / au

Si non, 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