

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
Date d'entrée	Date du départ

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 de guérison pour invités

N° de police

N° de sinistre
(rempli par Allianz Travel)

1. a) Anamnèse avec la date de la première consultation médicale

b) Diagnostic avec début de la maladie ou date de l'accident

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) Le patient devait-il être hospitalisé (si possible, veuillez joindre un rapport de sortie)?

Oui

Non

Si oui, où?

de / jusqu'à

3. a) D'autres postes sont-ils encore concernés par ce traitement (médecin, hôpitaux, thérapeute, etc.)?

Oui

Non

Si oui, lesquels?

b) Le traitement est-il terminé?

Oui

Non

Si oui, date de la conclusion du traitement

Si non, date prévue pour la conclusion du traitement

Lieu, date

Signature et timbre du médecin