



Entbindung der ärztlichen Schweigepflicht

Policen Nr. (Bitte Kopie beilegen) _____ Schaden-Nr. (wird von Allianz Assistance ausgefüllt) _____

Personalien (Bitte alle Angaben in Blockschrift ausfüllen)

Name, Vorname _____ Geburtsdatum _____

Strasse / Nr. _____ PLZ / Ort _____

Telefon Privat _____ Telefon Geschäft _____

Reiseziel _____ Reiseart _____ Buchungsdatum _____

Reisezeit _____ von _____ bis _____

Sehr geehrte Damen und Herren

Bitte tragen Sie auf diesem Formular Ihre Personalien und Reisedaten ein und unterzeichnen Sie die nachstehende Erklärung.
Leiten Sie sodann dieses Formular an den behandelnden Arzt weiter.

Schweigepflichtentbindung

Mir ist bekannt, dass die Allianz Assistance (Schweiz) zur Beurteilung ihrer Leistungspflicht Angaben überprüft, die ich zur Begründung meines Anspruchs mache. Zu diesem Zweck befreie ich Ärzte und ihre Hilfspersonen, die in den von mir vorgelegten Unterlagen genannt sind oder die an der Behandlung beteiligt waren, von ihrer Schweigepflicht, und zwar über meinen Tod hinaus. Bezüglich einer bereits früheren Behandlung gilt diese Entbindung von der Schweigepflicht jedoch nur, soweit diese Angaben für die Überprüfung der Leistungspflicht erforderlich sind. Des Weiteren entbinde ich die Vertrauensärzte der Allianz Assistance (Schweiz) von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber Mitarbeitern von Allianz Assistance (Schweiz), welche mit der Bearbeitung des angemeldeten Schadenfalls befasst sind. Mir ist bekannt, dass die Allianz Assistance (Schweiz) im Rahmen der Schadenfallbearbeitung ggf. ganz oder teilweise auf Dienstleistungen rechtlich selbstständiger Unternehmen der Allianz Gruppe, die vergleichbaren Datenschutzstandards unterliegen, im Inland oder europäischen Ausland zurückgreift; ich erkläre mich damit einverstanden, dass die mich bzw. meinen Schadenfall betreffenden Personendaten, einschliesslich besonders schützenswerter Personendaten, den erwähnten Dienstleistungsunternehmen zum genannten Zweck zur Bearbeitung übermittelt werden dürfen.

Ort, Datum**Unterschrift des Versicherungsnehmers** (bei Minderjährigen des gesetzl. Vertreters)



Arztbericht Annullierungskosten-Versicherung

Policen-Nr. (Bitte Kopie beilegen)

Schaden-Nr. (wird von Allianz Assistance ausgefüllt)

1. a) Anamnese mit Datum der ersten Arztkonsultation (bei Schwangerschaft Datum der Feststellung)

b) Diagnosen, welche die Reiseunfähigkeit begründen mit Datum der Diagnose-Stellung (bei Schwangerschaft voraussichtlicher Geburtstermin angeben)

c) An welchem Datum informierte Sie der Patient über die Reise?

d) An welchem Datum wurde der Patient über seine Reiseunfähigkeit informiert?

e) Bestand zum Zeitpunkt der Buchung REISEFÄHIGKEIT?

Ja Nein

2. a) Wurden Medikamente verschrieben?

Ja Nein

Wenn ja, welche?

b) Wurden weitere Behandlungen oder Nachkontrollen angeordnet?

Ja Nein

Wenn ja, bitte Daten angeben

c) Erfolgte eine Operation?

Ja Nein

Wenn ja, Datum der Operation

Datum der Terminfestlegung

War es ein Wahleingriff?

Ja Nein

d) Andere Therapien/Massnahmen?

3. a) War ein Spital-/Klinikaufenthalt erforderlich?

Ja Nein

Wenn ja, wo?

von

bis

b) War der Patient arbeitsunfähig?

%

Ja Nein

Wenn ja, von/bis/wenn nein, Begründung

4. **Krankheit oder Unfall nicht mitreisender Personen**

Beziehung zur versicherten Person

Geburtsdatum

Wann trat die Krankheit auf (bei Unfall, bitte Unfalldatum angeben)?

Diagnose

Wann war erstmals erkennbar, dass die Anwesenheit der versicherten Person im Hinblick auf das gesundheitliche Befinden des Patienten notwendig war?

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel des Arztes
