

RAPPORT DU MÉDECIN RELATIF À L'ASSURANCE ANNULATION MANDAT ET LIBÉRATION DU SECRET MÉDICAL

SEPTEMBRE 2020

À l'attention de notre clientèle: afin de pouvoir traiter votre sinistre, nous avons besoin d'un rapport médical. Veuillez libérer votre médecin du secret professionnel et lui faire parvenir le présent formulaire.

DONNÉES PERSONNELLES

Nom	Prénom
Rue/N°	NPA/localité
Tél	E-mail
Date de naissance	
N° de police (facultatif)	

LIBÉRATION DU SECRET MÉDICAL

Par l'envoi de la présente déclaration de sinistre, j'accepte AWP P&C S.A. (Suisse) d'examiner les informations transmises pour justifier ma demande afin d'évaluer son obligation de me verser une indemnisation. À cette fin, je libère du secret professionnel les médecins et le personnel médical cités dans les documents fournis ou impliqués dans le traitement, et cela même après mon décès. En ce qui concerne un traitement antérieur, la présente libération du secret professionnel ne s'applique que dans la mesure où ces informations sont nécessaires à la vérification de l'obligation d'indemnisation. J'accepte en outre que les informations fournies soient transmises, dans le cadre du règlement des sinistres, en tout ou en partie aux prestataires soumis à des normes équivalentes de protection des données dans le pays ou dans d'autres pays européens et que les données personnelles me concernant ou concernant le sinistre, y compris les données personnelles sensibles, soient transmises aux sociétés de services susmentionnées afin d'être traitées dans le but indiqué. J'ai été informé(e) que, dans le cadre de la fourniture des prestations, mes données personnelles seront traitées dans le respect du Règlement général sur la protection des données (RGPD) de l'UE et de la loi fédérale sur la protection des données (LPD) et je confirme avoir lu et compris les informations relatives à la protection des données (<https://www.allianz.ch/fr/service/protection-des-donnees>).

Lieu et date

À l'attention du médecin traitant: veuillez nous faire parvenir votre rapport médical dans les 5 jours par e-mail à claims.ch@allianz.com ou par courrier chez AWP P&C S.A. (Suisse), Service des sinistres, Case postale, 8010 Zurich. Nous pourrions ainsi le traiter rapidement.

CAS A: ANNULATION POUR CAUSE DE MALADIE/ACCIDENT DU/DE LA PATIENT(E)

Quand a eu lieu la première consultation médicale et quels étaient les antécédents médicaux?

Quel diagnostic justifie l'incapacité à voyager et quand a-t-il été posé?
(En cas de grossesse: quelle était la date du terme prévue)

Quand le/la patient(e) vous a-t-il/elle informé de ce voyage?

Le

Quand le/la patient(e) a-t-il/elle été informé(e) de son incapacité à voyager?

Le

Au moment de la réservation, le/la patient(e) était-il/elle en état de voyager?

Non Oui

Des médicaments lui ont-ils été prescrits?

Non Oui, lesquels

D'autres traitements ou visites de suivi ont-ils été ordonnés?

Non Oui, lesquels

Le/La patient(e) a-t-il/elle été opéré(e)?

Non Oui, le La date a été choisie le

S'agissait-il d'une intervention chirurgicale élective?

Non Oui

Le/la patient(e) a-t-il/elle dû être hospitalisé(e)?

(Veuillez joindre le rapport, le cas échéant)

Non Oui, a du au

Le/la patient(e) était-il/elle en incapacité de travailler?

Non Oui, en raison de du au

**CAS B: ANNULATION POUR CAUSE DE MALADIE / D'ACCIDENT D'UNE PERSONNE NE FAISANT PAS PARTIE DU VOYAGE
OU QUI N'EST PAS L'ASSURÉ(E)**

Quel est le lien entre le/la patient(e) et la personne assurée?

Quel était le motif d'annulation et quand est-il survenu?

L'accident a eu lieu le La maladie est survenue le

Quel était le diagnostic? Quand est-il apparu pour la première fois que la présence de l'assuré(e) était nécessaire eu égard à l'état de santé du/de la patient(e)?

Lieu et date

Signature et tampon du médecin