

REFERTO MEDICO PER L'ASSICURAZIONE ANNULLAMENTO VIAGGIO INCARICO ED ESONERO DAL SEGRETO PROFESSIONALE

SETTEMBRE 2020

Al nostro/alla nostra cliente: poiché per la lavorazione del sinistro abbiamo bisogno di un referto medico, Le chiediamo di esonerare il Suo medico dall'obbligo del segreto professionale e di trasmettergli/le poi il presente modulo.

DATI PERSONALI

Cognome	Nome
Via/Piazza, n.	NPA/località
Telefono	E-mail
Data di nascita	
N. della polizza (facoltativo)	

ESONERO DALL'OBBLIGO DEL SEGRETO PROFESSIONALE

Con l'invio della presente notifica di sinistro dichiaro di accettare che AWP P&C S.A. (Svizzera) verificherà i dati da me forniti ai fini di valutare l'effettiva sussistenza dell'obbligo di prestazione. A tale scopo esonero dal segreto professionale i medici e il personale ausiliario indicati nei documenti da me presentanti o coinvolti nelle cure, anche dopo la mia morte. Per quanto riguarda eventuali trattamenti precedenti, l'esonero dall'obbligo di segretezza vale esclusivamente se i dati sono necessari per la verifica dell'obbligo di prestazione. Inoltre dichiaro di accettare che, ai fini della lavorazione del sinistro, i dati siano eventualmente trasmessi integralmente o parzialmente a fornitori di servizi soggetti a disposizioni equivalenti in materia di protezione dei dati in Svizzera o in paesi europei e che i dati personali riguardanti la mia persona o il sinistro, compresi dati particolarmente sensibili, vengano trasmessi alle imprese di servizi summenzionate e trattati per le finalità di cui sopra. Sono a conoscenza del fatto che per l'erogazione del servizio i miei dati personali sono trattati nel rispetto del Regolamento europeo sulla protezione dei dati (GDPR) e della Legge federale svizzera sulla protezione dei dati (LPD) e confermo di aver letto e compreso le informazioni relative alla protezione dei dati (<https://www.allianz.ch/it/servizio/informazioni-sulla-protezione-dei-dati>).

Luogo e data

Al medico curante: La preghiamo di spedirci il referto medico entro 5 giorni via e-mail all'indirizzo claims.ch@allianz.com oppure per posta ad AWP P&C S.A. (Svizzera), Servizio sinistri, Casella postale, 8010 Zurigo, al fine di consentire una lavorazione rapida del sinistro.

CASO A: ANNULLAMENTO PER MALATTIA/INFORTUNIO DEL(LA) PAZIENTE

Quando è stata effettuata la prima visita medica e qual è stata l'anamnesi?

Qual è la diagnosi che ha determinato l'impossibilità di viaggiare e quando è stata formulata?
(In caso di gravidanza, indicare la data prevista per il parto)

Quando il/la paziente L'ha informata del viaggio?

Il giorno

Quando è stato comunicato al(la) paziente che non poteva intraprendere il viaggio pianificato?

Il giorno

Al momento della prenotazione il/la paziente era in condizione di poter viaggiare?

No Sì

Sono stati prescritti farmaci?

No Sì, i seguenti

Sono stati prescritti ulteriori trattamenti o visite di controllo?

No Sì, i seguenti

Sono stati eseguiti interventi chirurgici?

No Sì, il L'operazione è stata fissata per il

L'intervento chirurgico è stato frutto di una scelta personale?

No Sì

Il trattamento ha richiesto il ricovero ospedaliero?
(Allegare cartella clinica se disponibile)

No Sì, a dal al

Il/la paziente risultava inabile al lavoro?

No Sì, a causa di dal al

CASO B: ANNULLAMENTO PER MALATTIA/INFORTUNIO DI UNA PERSONA NON PARTECIPANTE AL VIAGGIO E NON ASSICURATA

Che rapporto intercorre tra il/la paziente e la persona assicurata?

Qual è stato il motivo dell'annullamento e quando è subentrato?

L'infortunio si è verificato in data La malattia si è manifestata in data

Qual è stata la diagnosi? Quando è stato appurato per la prima volta che la presenza della persona assicurata fosse necessaria in riferimento alle condizioni di salute del(la) paziente?

Luogo e data

Firma e timbro del medico