



# Libretto ETI

**TAS Assicurazioni SA**  
Ch. de Blandonnet 4  
Case Postale 820  
1214 Vernier

Tél.: +41 58 827 64 12  
Fax: +41 58 827 51 40  
www.eti.ch

## Liberazione dal segreto medico

La preghiamo di compilare tutte le voci in stampatello e restituirci il formulario debitamente completato, datato e firmato.

N° di socio \_\_\_\_\_

### Dati personali del titolare del Libretto ETI che ha annullato/modificato il viaggio:

Cognome: \_\_\_\_\_ Nome: \_\_\_\_\_  
Data di nascita: \_\_\_\_\_  
Telefono: \_\_\_\_\_  
Via: \_\_\_\_\_ N°: \_\_\_\_\_ NPA: \_\_\_\_\_  
Località: \_\_\_\_\_  
Data del viaggio / locazione: dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_  
Data di prenotazione: \_\_\_\_\_  
Destinazione: \_\_\_\_\_  
Genere di viaggio: \_\_\_\_\_

### Dati personali della persona malata/infortunata (da compilare da parte del titolare):

Cognome: \_\_\_\_\_ Nome: \_\_\_\_\_  
Data di nascita: \_\_\_\_\_

Con la sua firma, il titolare autorizza TAS Assicurazioni SA ed il suo medico di fiducia a richiedere altre informazioni necessarie per il trattamento della pratica, liberando dal segreto medico i medici curanti ed il medico di fiducia incaricato da TAS Assicurazioni SA.

Luogo e data: \_\_\_\_\_ Firma del titolare: \_\_\_\_\_

Se la persona malata o infortunata è diversa dal titolare, essa stessa dovrà dare il proprio consenso per liberare i medici curanti ed il medico di fiducia incaricato dal TAS Assicurazioni SA dal segreto medico.

Luogo e data: \_\_\_\_\_ Firma del paziente: \_\_\_\_\_

