

AUTORIZAÇÃO DE LIBERAÇÃO DE INFORMAÇÕES MÉDICAS

NÚMERO DO PROTOCOLO DA ASSISTÊNCIA: _____,

vinculada a apólice de seguro viagem nº _____.

Nome completo: _____ CPF: _____

E-mail: _____ Telefone para contato: (____) _____

Autorizo os médicos, hospitais e/ou estabelecimentos que prestaram atendimento médico durante a ocorrência, a liberarem toda e qualquer informação médica solicitada pela Seguradora e/ou pela empresa de assistência 24h AWP Service Brasil, liberando-os de considerar tais informações como sigilosas.

Assinatura do segurado: _____ Data: ____/____/____.