

C. Attest vom behandelnden Arzt (bei fachärztlicher Behandlung vom Facharzt, bei Spitalsbehandlung vom Krankenhaus - psychische Erkrankungen sind durch einen Facharzt der Psychiatrie zu bestätigen)

Sehr geehrte Frau Doktor, sehr geehrter Herr Doktor,
wegen Erkrankung/Unfall/Schwangerschaft Ihres Patienten werden bei uns im Rahmen der Stornoversicherung Ansprüche geltend gemacht. Im Interesse einer bedingungsgemäßen Bearbeitung des Versicherungsfalles bitten wir Sie um vollständige Beantwortung der folgenden Fragen. Unser Versicherter ist verpflichtet, Sie gemäß Versicherungsbedingungen von der ärztlichen Schweigepflicht zu entbinden. Vielen Dank für Ihre Bemühungen. Europäische Reiseversicherung AG

Vor- und Nachname des Patienten _____ Geburtsdatum _____

Straße _____ PLZ _____ Ort _____

1. Genaue Diagnose (bitte leserlich):

verordnete Therapie:

War der Patient aufgrund der gestellten Diagnose in stationärer Behandlung?

Nein Ja – Krankenhaus/Klinik: _____ von

T	T	M	M	J	J	J	J	J	J

 bis

T	T	M	M	J	J	J	J	J	J

Krankmeldung bei der Sozialversicherung:

Nein – Begründung: _____

Ja (Kopie der Krankmeldung beilegen) von

T	T	M	M	J	J	J	J	J	J

 bis

T	T	M	M	J	J	J	J	J	J

2. Wann erkrankte der Patient / Wann ist der Unfall eingetreten?

Datum*

T	T	M	M	J	J	J	J	J	J

3. Ist die Erkrankung/Unfallfolge medizinisch als schwer zu betrachten (d.h. gleichzustellen mit zwingender Reiseunfähigkeit)?

Nein Ja Wann war erstmalig die Reiseunfähigkeit erkennbar? Datum*

T	T	M	M	J	J	J	J	J	J

3a. Falls nicht mitreisender Angehöriger (wie Lebensgefährte, Kinder, Eltern, Geschwister) betroffen ist: Wann war erkennbar, dass die Anwesenheit des Versicherten dringend erforderlich war? Datum*

T	T	M	M	J	J	J	J	J	J

* falls diese Daten nicht übereinstimmen, bitte um Begründung:

4. War der Patient bei Versicherungsabschluss/Reisebuchung (Datum:

T	T	M	M	J	J	J	J	J	J

) als reisefähig zu betrachten?
 Nein Ja

5. Handelt es sich um eine Erkrankung, die seit längerer Zeit besteht? Nein Ja – seit wann:

T	T	M	M	J	J	J	J	J	J

Ist eine gravierende, unerwartete Verschlechterung eingetreten? Nein Ja

War der Patient in den letzten 12 Monaten **VOR VERSICHERUNGSABSCHLUSS** aufgrund der Diagnose in stationärer Behandlung?

Nein Ja – Krankenhaus: _____ von

T	T	M	M	J	J	J	J	J	J

 bis

T	T	M	M	J	J	J	J	J	J

War der Patient in den letzten 6 Monaten **VOR VERSICHERUNGSABSCHLUSS** aufgrund der Diagnose in ambulanter Behandlung?

Nein Ja – Arzt: _____ Datum der letzten Behandlung

T	T	M	M	J	J	J	J	J	J

6. Wurden Sie vor Versicherungsabschluss/Reisebuchung vom Patienten nach der Durchführbarkeit der Reise gefragt?
 Nein Ja

Um weitere Anforderungen zu vermeiden, legen Sie bitte einen Auszug aus der Krankenkartei, bei stationärem Aufenthalt einen Krankenhausbericht inkl. Anamnese bzw. bei Schwangerschaft eine Kopie des Mutter-Kind-Passes bei.

Raum für Bemerkungen:

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner vorstehenden Angaben zum oben genannten Patienten für das Reiseziel _____ mit Reisebeginn _____. Ich verpflichte mich zur mündlichen Auskunftserteilung zu gegenständlichen Attestangaben gegenüber den Vertrauensärzten des Versicherers. Der Versicherer behält sich vor, unwahre Angaben gemäß §146 StGB rechtlich zu verfolgen.

Welcher Arzt kann zum Krankheitsgeschehen am besten Auskunft geben:
Name, Adresse und Telefonnummer des Arztes:

Datum, Stempel und Unterschrift des behandelnden Arztes