

Ärztliches Attest

Hotelname

**Bitte senden Sie dieses Attest unverzüglich an die
Schadensabteilung von Assiconsult (Fax. +39/0471/069911)**

Fragen an den behandelnden Arzt (bei fachärztlicher Behandlung an den Facharzt, bei Spitalsbehandlung an das Spital).

Sehr geehrte Frau Doktor, sehr geehrter Herr Doktor,
wegen der Erkrankung bzw. des Unfalls Ihres Patienten werden bei uns im Rahmen der Reise-Storno-Versicherung Ansprüche geltend gemacht.
Im Interesse einer bedingungsgemäßen Bearbeitung des Versicherungsfalles bitten wir Sie um vollständige Beantwortung der untenstehenden
Fragen. Unser Versicherter ist verpflichtet, Sie gemäß Art. 7, Pkt. 2. der Versicherungsbedingungen für Hotellerie (ERV-RVB Hotellerie 2005) von
der ärztlichen Schweigepflicht zu entbinden. Für Ihre Bemühungen danken wir. Europäische Reiseversicherung AG.

Name des Patienten: _____ Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

1. Genaue Diagnosen (bitte leserlich):

verordnete Therapie:

War der Patient aufgrund der gestellten Diagnose in stationärer Behandlung?

Nein Ja Krankenhaus/Klinik: _____ von: _____ bis: _____

Krankmeldung bei der Sozialversicherung Nein - Begründung: _____

Ja (Kopie der Krankmeldung beilegen) von: _____ bis: _____

2. Wann erkrankte der Patient / Wann ist der Unfall eingetreten? Datum*: _____

3. Wann war erstmalig die Reiseunfähigkeit erkennbar? Datum*: _____

* falls diese Daten nicht übereinstimmen, bitte um Begründung

4. War der Patient bei Versicherungsabschluss/Reisebuchung (Datum: _____) als reisefähig zu betrachten? Nein Ja

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

Ist eine gravierende, unerwartete Verschlechterung eingetreten? Nein Ja

War der Patient in den letzten 12 Monaten vor Versicherungsabschluss aufgrund der gestellten Diagnose in stationärer Behandlung?

Nein Ja Krankenhaus/Klinik: _____ von: _____ bis: _____

Raum für Bemerkungen:

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

Datum, Stempel und Unterschrift des behandelnden Arztes