

# VERTRAULICHE ÄRZTLICHE BESCHEINIGUNG

## REISESTORNIERUNG

Dieses Dokument muss vom behandelnden Arzt oder einer anderen vereidigten medizinischen Autorität auf Verlangen des Kranken ausgefüllt und unterzeichnet werden, sowie von der versicherten Person selbst für die Inanspruchnahme von Leistungen, die unter einen Reiseversicherungsvertrag fallen.

**Dieses Dokument ist für die Bearbeitung Ihres Antrags erforderlich.**

Um die Bearbeitung Ihres Antrags zu beschleunigen, muss dieser Fragebogen unbedingt genau und vollständig ausgefüllt werden.

**Gelb: vom Versicherten auszufüllen**

**Blau: vom Arzt auszufüllen**



## VOM VERSICHERTEN AUSZUFÜLLEN

FALLNUMMER ENTSCHÄDIGUNG : S... .. (S + 8 Ziffern)

## KRANKE

Name	Vorname	Alter
------	---------	-------

Arbeitnehmer/in :		Selbstständige/r Arbeitnehmer/in:	
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

Pensioniert :	
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

Musste der Kranke an der Reise teilnehmen?	
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

**Wenn nein, dann geben Sie das Verwandtschaftsverhältnis zu dem/den Reisenden an:**

<input type="checkbox"/> Ehepartner/in, Lebensgefährte/in	<input type="checkbox"/> Kind, Enkelkinder	<input type="checkbox"/> Eltern, Großeltern
<input type="checkbox"/> Bruder, Schwester	<input type="checkbox"/> Freund/in	<input type="checkbox"/> Beruflicher Stellvertreter
<input type="checkbox"/> Andere (bitte angeben) :		

# VOM ARZT AUSZUFÜLLEN (Arztgeheimnis)

(oder eine andere vereidigte medizinische Autorität)

## MEDIZINISCHER GRUND FÜR DIE REISEUNFÄHIGKEIT

Pathologie, die die Annullierung verursacht hat <b>(obligatorisch)</b>	
Datum der Kontraindikation für Reisen oder Aktivitäten <b>(obligatorisch)</b>	
Verschriebene Behandlung + Kopie des Rezepts beilegen	

Hospitalisierung		Einstellung aller beruflichen Aktivitäten	
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja*	<input type="checkbox"/> Nein**
Datum des Anfangs		Datum des Anfangs	
Datum des Endes		Datum des Endes	
Wenn geplant	Datum der Entscheidung :		

\* Wenn ja → Bitte übermitteln Sie uns die Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung

\*\* Wenn nein → Bitte übermitteln Sie uns alle Dokumente, die Ihren Status belegen (Nachweis der Rentenzahlung, Schulbescheinigung, Kbis-Auszug, Bescheinigung der Arbeitsagentur, ...).

Wenn Sie zum Zeitpunkt der Stornierung im Urlaub sind → bitte übermitteln Sie uns eine Bestätigung Ihres Urlaubs durch Ihren Arbeitgeber

## VORGESCHICHTE, KRANKHEITSGESCHICHTE

Wichtigste Vorgeschichte in Bezug auf den Grund für die Aufhebung	
Datum des Rückfalls	

## UNTERSCHRIFT & STEMPEL DES ARZTES UND DES VERSICHERTEN

Vom Arzt oder der medizinischen Behörde:

Datum:

Unterschrift :

Stempel des Arztes:

Von der versicherten Person:

Datum :

Unterschrift :

*Dieses Dokument ist streng vertraulich und entspricht den Regeln, die von der Versicherungsgesellschaft im Rahmen unserer Aufgabe als Beauftragter für die Schadensabwicklung festgelegt wurden..*