

Beiblatt: Medizinischer Fragebogen (Reiseannullierungskostenversicherung der Europ Assistance)

Dieser Fragebogen ist vom Arzt auszufüllen, wenn die Reise wegen Krankheit, Unfall oder Schwangerschaft annulliert wurde.

Name/Vorname des Versicherten: _____ Geburtsdatum:

Name/Vorname des Patienten: _____ Geburtsdatum:

Diagnose: _____

Wann traten die ersten Symptome in Erscheinung? Datum:

Wann erfolgte die erste Behandlung? Datum:

Liegt ein Unfall vor? Ja Nein Datum:

Welche Behandlung/Medikamente wurde(n) verschrieben?

Bestand eine Arbeitsunfähigkeit? Ja Nein Dauer: _____

War der Patient zum Zeitpunkt der Buchung reisefähig? Ja Nein

Wann informierte Sie der Patient über seine Reise? Datum:

Wann wurde der Patient über seine Reiseunfähigkeit informiert? Datum:

War eine Hospitalisierung notwendig? Ja Nein Datum:

War eine Operation notwendig? Ja Nein Datum:

Wann wurde der Patient über die Operation informiert? Datum:

Bestand eine Schwangerschaft? Wann wurde diese festgestellt? Ja Nein Datum:

Lagen Schwangerschaftskomplikationen vor? Ja Nein

Wie äusserten sich diese?

Lag bereits eine vorhandene Pathologie vor? Ja Nein

Wie äusserte sich diese?

Wann erfolgte die erste Behandlung? Datum:

Wann erfolgte die letzte Behandlung? Datum:

Wichtige Bemerkungen, die für den Versicherungsanspruch bedeutend sind:

Ort/Datum _____

Unterschrift und Stempel des Arztes _____

Europ Assistance behält sich das Recht vor, die gemachten Angaben durch den eigenen medizinischen Dienst zu überprüfen.

**Bitte senden Sie dieses Formular an: Europ Assistance (Schweiz) Versicherungen AG,
Medizinische Abteilung, Avenue Perdretemps 23, Postfach 3200, CH-1260 Nyon 1**