

Appendice: Questionario medico (assicurazione spese di annullamento del viaggio di Europ Assistance)

Il seguente questionario deve essere compilato dal medico, se il viaggio è stato annullato per malattia, infortunio o gravidanza.

Cognome/Nome dell'assicurato: _____ Data di nascita:

Cognome/Nome del paziente: _____ Data di nascita:

Diagnosi:

Quando si sono manifestati i primi sintomi? Data:

Quando sono state prestate le prime cure? Data:

Si è trattato di un infortunio? sì no Data:

Quale cura/quali farmaci sono stati prescritti?

Ne è conseguita un'inabilità al lavoro? sì no Durata: _____

Al momento della prenotazione, il cliente era in grado di viaggiare? sì no

Quando il paziente l'ha informata del suo viaggio? Data:

Quando il paziente è stato informato sulla sua impossibilità a viaggiare? Data:

Si è resa necessaria un'ospedalizzazione? sì no Data:

Si è reso necessario un intervento chirurgico? sì no Data:

Quando il paziente è stato informato dell'operazione? Data:

Era in atto una gravidanza? Quando è stata constatata? sì no Data:

La gravidanza presentava delle complicazioni? sì no

In che modo queste si sono manifestate?

Era già presente una patologia? sì no

In che modo questa si è manifestata?

Quando ha avuto luogo il primo trattamento? Data:

Quando ha avuto luogo l'ultimo trattamento? Data:

Osservazioni importanti che possono essere significative per il diritto di assicurazione:

Luogo/data

Firma e timbro del medico

Europ Assistance si riserva il diritto di verificare i dati resi, tramite il proprio servizio medico.

**Si prega di inviare questo modulo a: Europ Assistance (Svizzera) Assicurazioni SA,
Reparto medico, Avenue Perdtemps 23, casella postale 3200, CH-1260 Nyon 1**