

Bitte legen Sie als Nachweis unbedingt bei: Eine ärztliche Bescheinigung mit Angabe der Diagnose und der genauen Behandlungsdaten für die Krankheit, Unfallverletzung und Schwangerschaft. Falls ein solches Attest noch nicht vorliegt, geben Sie bitte den anhängenden Vordruck an den behandelnden Arzt weiter.

4.1 Bei Krankheit

| | | | | | | | | | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|----------------------|----------------------|---------------------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| Krankheitsbezeichnung | <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | |
| Beschwerden/Symptome | <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | |
| Wann trat die Krankheit auf? | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | Wann wurde der Arzt aufgesucht? | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Ambulante Behandlung | vom | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | bis | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Stationäre Behandlung | nein | <input type="checkbox"/> | ja | <input type="checkbox"/> | vom | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | bis | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Arbeitsunfähigkeit | vom | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | bis | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Wann – genaues Datum – wurde der Arzt erstmals nach der Durchführbarkeit der Reise befragt? | <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | |
| Wie war seine Beurteilung? | <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | |
| Befand sich der Patient wegen der gleichen oder einer ähnlichen Erkrankung schon früher in ärztlicher Behandlung? | | | | | | | | | | | | | |
| nein | <input type="checkbox"/> | ja | <input type="checkbox"/> | ambulant vom | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | bis | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| | | | | stationär vom | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | bis | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

4.2 Bei Unfall

| | | | | | | | | | | | | |
|--|----------------------|--------------------------|----------------------|--------------------------|--------------------------------|-----------|----------------------|--|--|--|--|--|
| Unfalltag | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | Unfallort | <input type="text"/> | | | | | |
| Wurde der Unfall durch Dritte verursacht oder mitverursacht? | nein | <input type="checkbox"/> | ja | <input type="checkbox"/> | (Bitte Unfallbericht beilegen) | | | | | | | |
| Name und Anschrift des Verursachers | <input type="text"/> | | | | | | | | | | | |
| <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | |
| Haftpflichtversicherung des Verursachers (Name, Anschrift, Vertrags-Nr.) | <input type="text"/> | | | | | | | | | | | |
| <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | |
| Haben Sie dort Schadenersatz gefordert? | nein | <input type="checkbox"/> | ja | <input type="checkbox"/> | (Bitte Korrespondenz beifügen) | | | | | | | |

5. Erklärung

**Ich versichere, dass meine Angaben vollständig sind und der Wahrheit entsprechen.
Es ist mir bekannt, dass unwahre Angaben zum Verlust des Versicherungsschutzes führen.**
Bitte Name und Anschrift des berechtigten Empfängers der Versicherungsleistung angeben:

Zahlung an Hotel

Ort, Datum

Unterschrift des Reiseanmelders

Zur Schadenbearbeitung benötigen wir folgende Unterlagen:

- Versicherungsausweis oder Einzahlungsbeleg
- Reise-Buchungsbestätigung
- Stornokostenrechnung
- Nachweis zum Eintritt des Versicherungsfalls (Attest, Sterbeurkunde etc.)

Als Anlage beigelegt:

- | | | | |
|----|--------------------------|------|--------------------------|
| ja | <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> |
| ja | <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> |
| ja | <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> |
| ja | <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> |

B. Krankheit nicht reisender Angehöriger

| | | | | | | | |
|---|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| Name, Vorname | <input type="text"/> | Geburtsdatum | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Diagnose | <input type="text"/> | | | | | | |
| Wann trat die Krankheit auf? | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| stationär von | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | bis | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Wann war erstmals erkennbar, dass die Anwesenheit der Angehörigen im Hinblick auf das gesundheitliche Befinden des/der Patienten/Patientin angezeigt war? | <input type="text"/> | | | | | | |

C. Schwangerschaft

| | | | | | | | |
|---|----------------------|--------------------------|----------------------|--------------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| Name, Vorname | <input type="text"/> | Geburtsdatum | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Reiseziel | <input type="text"/> | | | | | | |
| Buchungsdatum | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | Reisezeit von | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | bis | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Wann wurde die Schwangerschaft festgestellt? | <input type="text"/> | | | | | | |
| In welcher Schwangerschaftswoche befindet sich Ihre Patientin derzeit? | <input type="text"/> | | | | | | |
| Wann war erstmals erkennbar, dass der Antritt der Reise in Anbetracht der Schwangerschaft nicht zumutbar war? | <input type="text"/> | | | | | | |
| Was war der Grund für diese Beurteilung? | <input type="text"/> | | | | | | |
| <input type="text"/> | | | | | | | |
| Waren zum o.g. Zeitpunkt Komplikationen aufgetreten? | nein | <input type="checkbox"/> | ja | <input type="checkbox"/> | | | |
| Um welche Komplikationen handelte es sich? | <input type="text"/> | | | | | | |
| <input type="text"/> | | | | | | | |
| stationär von | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | bis | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Sonstige Gründe | <input type="text"/> | | | | | | |
| <input type="text"/> | | | | | | | |
| <input type="text"/> | | | | <input type="text"/> | | | |
| Ort, Datum, Unterschrift | | | | Stempel des Arztes | | | |

Sehr geehrte/r Versicherte/r,
bitte tragen Sie auf diesem Formular unter der entsprechenden Rubrik (A, B oder C) in den umrandeten Feldern Ihre Reisedaten ein und unterzeichnen Sie die nachstehende Erklärung. Geben Sie sodann bitte diesen Vordruck an den behandelnden Arzt weiter.

Schweigepflichtentbindung

Mir ist bekannt, dass der Versicherer zur Beurteilung seiner Leistungspflicht Angaben überprüft, die ich zur Begründung meines Anspruchs mache. Zu diesem Zweck befreie ich die Angehörigen von Heilberufen oder Krankenanstalten, die in den von mir vorgelegten Unterlagen genannt sind oder die an der Heilbehandlung beteiligt waren, von ihrer Schweigepflicht – und zwar über meinen Tod hinaus.

Hinsichtlich einer bereits früher (längstens ein Jahr vor Eintritt des Schadenfalls, bei unregelmäßig über längere Zeit auftretenden, z. B. psychischen oder epileptischen Krankheiten, zwei Jahre) von einem Arzt, Zahnarzt oder sonstigen Angehörigen eines Heilberufs durchgeführten Behandlung gilt diese Entbindung von der Schweigepflicht jedoch nur, soweit diese Angaben für die Überprüfung der Leistungspflicht erforderlich sind.

| | |
|----------------------|---|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Ort, Datum | Unterschrift (bei Minderjährigen ist die Unterschrift des gesetzlichen Vertreters erforderlich) |