

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"/>	<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"/>
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"/>	<input type="text"/>	bis	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<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"/>	<input type="text"/>	bis	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<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"/>	<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 Unfallverursachers	<input type="text"/>							
<input type="text"/>								
Haftpflichtversicherung des Unfallverursachers (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:

Bankkonto	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Bankleitzahl	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
-----------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	--------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Bank	<input type="text"/>	Kontoinhaber (falls abweichend von Punkt 1)	<input type="text"/>
------	----------------------	---	----------------------

Zahlung an Reiseveranstalter	<input type="checkbox"/>	Zahlung an Reisebüro	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
------------------------------	--------------------------	----------------------	--------------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

Ort, Datum

Unterschrift des Reiseanmelders

Zur Schadenbearbeitung benötigen wir folgende Unterlagen:

- Versicherungsnachweis
- Reise-Buchungsbestätigung
- Rücktrittskostenrechnung
- Nachweis zum Eintritt des Versicherungsfalls (Attest, Sterbeurkunde etc.)

Als Anlage beigefügt:

- | | | | |
|----|--------------------------|------|--------------------------|
| 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"/> |

Schadensnummer

ÄRZTLICHE BESCHEINIGUNG

A. Krankheit/ Unfall der versicherten Person

Name, Vorname	<input type="text"/>	Geburtsdatum	<input type="text"/>		
Reiseziel	<input type="text"/>				
Buchungsdatum	<input type="text"/>	Reisezeit von	<input type="text"/>	bis	<input type="text"/>

1. Krankheit / Diagnose, die zur Reiseunfähigkeit führte

ICD 10 Code

Wann wurde diese Diagnose gestellt? (Bitte unbedingt angeben)

Wann wurde wegen der Beschwerden und Symptome die zu dieser Diagnose führten, erstmals ein Arzt aufgesucht?

Hätte der/ die Patient/in zum Zeitpunkt dieses ersten Arztbesuches reisen können? nein/ nicht zumutbar ja

Welche Medikation und Therapie/ Maßnahmen haben Sie verordnet?

Weitere Behandlungsdaten

Bestand Arbeitsunfähigkeit? nein ja von bis

2. Bestanden oder bestehen Vorerkrankungen, die im Zusammenhang mit der aktuellen Erkrankung stehen?

nein ja, seit

Bitte nennen Sie uns die Diagnose der Vorerkrankungen

ICD 10 Code

Wurden Sie vor Reisebuchung* vom Patienten nach der Durchführbarkeit der Reise gefragt? nein ja

Wann wurden Sie erstmals nach der Durchführbarkeit der Reise gefragt?

Bestand zum Zeitpunkt der Reisebuchung* uneingeschränkte Reisefähigkeit? nein ja

Gesundheitliche Risiken

*siehe o. g. Datum der Reisebuchung

3. Stationäre Behandlung?

nein ja von bis

Krankenhaus/ Klinik

Name des einweisenden Arztes

Bitte legen Sie den Entlassungsbericht des Krankenhauses bei!

4. Ab welchem Zeitpunkt war nach **objektiver ärztlicher Beurteilung** die Teilnahme an der gebuchten Reise nicht mehr möglich?

Datum

Falls dieses Datum vom Datum des ersten Arztbesuchs abweicht, nennen Sie uns bitte hierfür die Gründe

(Die Überprüfung der Angaben durch den medizinischen Dienst der ELVIA Reiseversicherungen behalten wir uns vor.)

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ort, Datum, Unterschrift	Stempel des Arztes

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"/>	<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"/>	Stationär von	<input type="text"/>	<input type="text"/>	bis	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<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"/>	<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"/>	bis	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<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?	ja	<input type="checkbox"/>	nein	<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"/>	<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"/>
Sonstige Gründe	<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)