

C. Domande al medico curante (in caso di trattamento medico specialistico al medico specialista, in caso di trattamento ospedaliero all'ospedale – le malattie psichiche devono essere diagnosticate da un medico specializzato in psichiatria.)

La preghiamo di spedire questo attestato prima possibile
al reparto danni della hogast !
Fax: +39 0471 978118; E-Mail: erv@hogast.it

nome del albergo: _____

luogo: _____

Gentile Dottoressa, Gentile Dottore,

a causa di malattia/infortunio/gravidanza del Suo paziente, sono stati fatti valere nei nostri confronti i diritti derivanti dall'assicurazione di annullamento. Nell'interesse dell'espletamento della pratica di sinistro in conformità alle condizioni previste, La invitiamo a rispondere in maniera completa ed esauriente alle seguenti domande. Grazie per la Sua collaborazione. Europäische Reiseversicherung AG

Nome e cognome del paziente _____ Data di nascita: _____

1. Diagnosi esatta (si prega di scrivere in modo leggibile):

Terapia prescritta:

2. Quando si è ammalato il paziente? / Quando è occorso l'infortunio? / Quando è stata formulata la diagnosi?
(in caso di gravidanza: quando è stata accertata la gravidanza) Data: _____
G G M M A A A A

3. Questa malattia/lesione è da ritenere grave sotto il profilo medico (cioè da equipararsi ad un effettivo motivo di impossibilità di partecipare al viaggio?) No Sì

Quando è stata riconoscibile per la prima volta l'impossibilità di partecipare al viaggio? Data: _____
G G M M A A A A

3a. Qualora la persona interessata sia un congiunto che non partecipa al viaggio (convivente, figli, genitori, sorelle/fratelli):

Quando è stato possibile riconoscere che la presenza dell'assicurato sul luogo di residenza era urgentemente necessaria?

Data: _____
G G M M A A A A

4. Si tratta di una malattia / conseguenza di un infortunio già **presente prima della stipulazione dell'assicurazione?**

No Sì - da quando: _____ → **se Sì si prega di rispondere anche alle domande 5 e 6**
G G M M A A A A

Da compilare solo in caso di malattia / conseguenze di un infortunio:

5. Al momento della **stipula dell'assicurazione** (Data: _____)
esistevano dei dubbi circa l'inizio del viaggio? No Sì
G G M M A A A A

Il paziente poteva fare affidamento sul regolare inizio del viaggio? No Sì

Si è verificato un peggioramento imprevisto e grave? No Sì

6. Negli ultimi 9 mesi / 12 mesi **ANTECEDENTI ALLA STIPULA DELL'ASSICURAZIONE** il paziente era stato sottoposto a trattamento ospedaliero a causa della patologia diagnosticata di cui sopra? (sono esclusi gli esami di controllo)

No Sì

Negli ultimi 6 mesi **ANTECEDENTI ALLA STIPULA DELL'ASSICURAZIONE** il paziente era stato sottoposto a cure ambulatoriali a causa della patologia diagnosticata di cui sopra? (sono esclusi gli esami di controllo)

No Sì

Per evitare eventuali ulteriori richieste preghiamo gentilmente di allegare un estratto della cartella clinica, in caso di degenza ospedaliera serve una certificazione medica dell'ospedale con l'anamnesi e, in caso di gravidanza, una copia del libretto sanitario della gravidanza.

Osservazioni varie:

Apponendo la mia firma confermo la correttezza e completezza delle mie sopraesposte dichiarazioni del sopraccitato paziente per la destinazione di viaggio _____
con inizio del viaggio _____. Mi impegno a fornire verbalmente informazioni sulle indicazioni riportate nel certificato medico ai medici di fiducia della Compagnia. La Compagnia si riserva la facoltà di perseguire legalmente a norma del §416 del Codice penale l'autore di false dichiarazioni.

Quale medico può fornire le informazioni più valide sull'evento patologico (nome, indirizzo e numero di telefono del medico):

Data, timbro e firma del medico curante