

**C. Attest vom behandelnden Arzt** (bei fachärztlicher Behandlung vom Facharzt, bei Spitalsbehandlung vom Krankenhaus - psychische Erkrankungen sind durch einen Facharzt der Psychiatrie zu bestätigen)

Bitte senden Sie dieses Attest unverzüglich an die  
Schadensabteilung der hogast!  
Fax: +39 0471 978118; E-Mail: [erv@hogast.it](mailto:erv@hogast.it)

Hotelname: \_\_\_\_\_

Ort: \_\_\_\_\_

**Sehr geehrte Frau Doktor, sehr geehrter Herr Doktor,**

wegen Erkrankung/Unfall/Schwangerschaft Ihres Patienten werden bei uns im Rahmen der Stornoversicherung Ansprüche geltend gemacht. Im Interesse einer bedingungsgemäßen Bearbeitung des Versicherungsfalles bitten wir Sie um vollständige Beantwortung der folgenden Fragen. Vielen Dank für Ihre Bemühungen. Europäische Reiseversicherung AG

Vor- und Nachname des Patienten \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

1. Genaue Diagnose (bitte leserlich):

Verordnete Therapie:

2. Wann erkrankte der Patient / Wann ist der Unfall eingetreten / Wann wurde die Diagnose gestellt?

(bei Schwangerschaft: wann wurde die Schwangerschaft festgestellt)

Datum 

|   |   |   |   |   |   |   |   |  |  |
|---|---|---|---|---|---|---|---|--|--|
|   |   |   |   |   |   |   |   |  |  |
| T | T | M | M | J | J | J | J |  |  |

3. Ist die Erkrankung/Unfallfolge medizinisch als schwer zu betrachten (d.h. gleichzustellen mit zwingender Reiseunfähigkeit)?

Nein  Ja Wann war erstmalig die Reiseunfähigkeit erkennbar?

Datum 

|   |   |   |   |   |   |   |   |  |  |
|---|---|---|---|---|---|---|---|--|--|
|   |   |   |   |   |   |   |   |  |  |
| T | T | M | M | J | J | J | J |  |  |

3a. Falls nicht mitreisender Angehöriger (wie Lebensgefährte, Kinder, Eltern, Geschwister) betroffen ist:

Wann war erkennbar, dass die Anwesenheit des Versicherten dringend erforderlich war?

Datum 

|   |   |   |   |   |   |   |   |  |  |
|---|---|---|---|---|---|---|---|--|--|
|   |   |   |   |   |   |   |   |  |  |
| T | T | M | M | J | J | J | J |  |  |

4. Handelt es sich um eine Erkrankung/Unfallfolge, die bereits vor **Versicherungsabschluss** bestanden hat?

Nein  Ja – seit wann: 

|   |   |   |   |   |   |   |   |  |  |
|---|---|---|---|---|---|---|---|--|--|
|   |   |   |   |   |   |   |   |  |  |
| T | T | M | M | J | J | J | J |  |  |

 → wenn JA, bitte zusätzlich Fragen 5 und 6 beantworten

**Nur bei bestehenden Erkrankungen/Unfallfolgen auszufüllen:**

5. Bestanden zur Zeit des **Versicherungsabschlusses** (Datum 

|   |   |   |   |   |   |   |   |  |  |
|---|---|---|---|---|---|---|---|--|--|
|   |   |   |   |   |   |   |   |  |  |
| T | T | M | M | J | J | J | J |  |  |

)

Bedenken gegen den Antritt der Reise?

Nein  Ja

Konnte der Patient mit planmäßigem Antritt der Reise rechnen?

Nein  Ja

Ist eine gravierende, unerwartete Verschlechterung eingetreten?

Nein  Ja

6. War der Patient in den letzten  9 Monaten /  12 Monaten **VOR VERSICHERUNGSABSCHLUSS** in Zusammenhang mit der oben angeführten Diagnose in stationärer Behandlung? (ausgenommen Kontrolluntersuchungen)  Nein  Ja

War der Patient in den letzten 6 Monaten **VOR VERSICHERUNGSABSCHLUSS** in Zusammenhang mit der oben angeführten Diagnose in ambulanter Behandlung? (ausgenommen Kontrolluntersuchungen)

Nein  Ja

**Um weitere Anforderungen zu vermeiden, legen Sie bitte einen Auszug aus der Krankenkartei, bei stationärem Aufenthalt einen Krankenhausbericht inkl. Anamnese bzw. bei Schwangerschaft eine Kopie des Mutter-Kind-Passes bei.**

Bemerkungen:

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner vorstehenden Angaben zum oben genannten Patienten für das Reiseziel \_\_\_\_\_ mit Reisebeginn \_\_\_\_\_. Ich verpflichte mich zur mündlichen Auskunftserteilung zu gegenständlichen Attestangaben gegenüber den Vertrauensärzten des Versicherers. Der Versicherer behält sich vor, unwahre Angaben gemäß §146 StGB rechtlich zu verfolgen.

Welcher Arzt kann zum Krankheitsgeschehen am besten Auskunft geben (Name, Adresse und Telefonnummer des Arztes):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Datum, Stempel und Unterschrift des behandelnden Arztes