

# ÄRZTLICHES ATTEST

Bei Stornierung infolge von Krankheit müssen der Patient und dessen Arzt das untenstehende ärztliche Attest schnellstmöglich ausfüllen und an die Gouda Reiseversicherung schicken.

Bitte alle Felder des ärztlichen Attests in Blockbuchstaben ausfüllen.

**Untenstehender Name und Mietvertrag Nr. MUSS vom Mieter ausgefüllt werden.**

<b>Name des Mieters auf dem Mietvertrag:</b>
<b>Mietvertrag Nr.:</b>

**Ist vom Versicherten auszufüllen:**

<b>1. AUSKUNFT ÜBER DEN VERSICHERTEN</b>	
Name:	
Adresse:	PLZ, Ort und Land:
Tel.:	E-Mail:

<b>2. BANKVERBINDUNG</b>	
SWIFT-Code:	IBAN-Nummer:
Name der Bank:	Adresse der Bank:

<b>3. EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG</b>	
Im Zusammenhang mit der gemeldeten Erkrankung erkläre ich hiermit mein Einverständnis, dass die Gouda Reiseversicherung Informationen über meinen Gesundheitszustand bei autorisiertem Gesundheitspersonal, Krankenhäusern, Gesundheitsinstitutionen, öffentlichen Instanzen, Versicherungsgesellschaften, der Beschwerdeinstanz für Versicherung etc. einholen darf und gegebenenfalls weitergeben kann. Die Einverständniserklärung gilt ausschließlich für die angegebene Erkrankung/Diagnose.	
Ich erkläre gleichzeitig an Eides statt, das meine Angaben der Wahrheit entsprechen, und dass ich nichts verschwiegen habe.	
Datum:	Unterschrift des Patienten:

**Ist vom Arzt des Patienten auszufüllen:**

<b>4. ÜBER KRANKHEIT</b>			
Name des Patienten:		Geburtsdatum:	
Um welche Krankheit handelt es sich? (Es wird gebeten, die Diagnose auf Deutsch und Latein anzugeben. Bitte genaue Diagnose angeben).			
Ist die Erkrankung des Patienten akut entstanden? <i>Wenn nicht, siehe unter chronische Erkrankungen</i>		Ja:	Nein:
Wann zeigte der Patient Symptome dieser Erkrankung?			
Datum des ersten Arztbesuchs	War die Krankheit bekannt, als die Reise gebucht wurde?	Ja:	Nein:
Im Falle einer chronischen Erkrankung: Wann bekam der Patient diese Erkrankung?			
Ist es zu einer akuten Verschlechterung gekommen?		Ja:	Nein:
Falls ja, worin besteht die Verschlechterung?			
Wann haben Sie beschlossen, dass aufgrund des Gesundheitszustands von einer Durchführung der Reise abzuraten ist?			Datum:

Etwaige Bemerkungen:

Name, Adresse, PLZ, Ort, Land, Telefonnummer sowie Betriebsnummer und Stempel des Arztes:

Sind Sie der Arzt des Patienten?

Ja:

Nein:

Wenn nicht, wer ist dann der Arzt des Patienten?

#### 5. UNTERSCHRIFT

Datum:

Unterschrift des Arztes: