

La preghiamo di spedire questo attestato prima possibile al reparto danni della Assiconsult (Fax. +39/0471/069911)

Nome del Hotel

**Domande al medico curante (in caso di trattamento medico specialistico al medico specialista, in caso di trattamento ospedaliero all'ospedale)**

Gentile Dottoressa, Gentile Dottore,

a causa della malattia o dell'infortunio occorsi al Suo paziente vengono fatti valere nei nostri confronti diritti a fronte dell'assicurazione per annullamento del viaggio. Al fini di un disbrigo regolare del sinistro La preghiamo di rispondere in modo completo alle sottoriportate domande. Il nostro assicurato è tenuto, a norma dell'art. 7, punto 1.5 delle Condizioni della polizza di assicurazione per annullamento del viaggio, a dispensarla dall'obbligo di segreto professionale. Grazie per la Sua collaborazione. EUROPÄISCHE Reiseversicherung AG

Nome del paziente: \_\_\_\_\_ Data di nascita: \_\_\_\_\_

Indirizzo: \_\_\_\_\_

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

Terapia prescritta:

A motivo della diagnosi il paziente era sottoposto a trattamento ospedaliero?

No  Sì  Ospedale/Clinica: nome del ospedale \_\_\_\_\_ da \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

Denuncia di malattia alla previdenza sociale:

No – Causale: \_\_\_\_\_

Sì (allegare copia della notifica) da \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

2. Quando si è ammalato il paziente / Quando è occorso l'infortunio? Data\*: \_\_\_\_\_

3. Quando è stata riconoscibile per la prima volta l'impossibilità di partecipare al viaggio? Data\*: \_\_\_\_\_

\* Qualora le suddette date non coincidano, si prega di fornire una motivazione:

4. il cliente al momento della stipula del contratto di assicurazione/prenotazione (data: \_\_\_\_\_) era da considerarsi in grado di fare il viaggio?  No  Sì

5. Trattasi di malattia che sussiste da lungo tempo?  No  Sì Da quanto?: \_\_\_\_\_

Vi è stato un peggioramento imprevisto e grave?  No  Sì

Negli ultimi 12 mesi precedenti la stipulazione dell'assicurazione il paziente è stato sottoposto a trattamento ospedaliero a causa della diagnosi effettuata?

No  Sì  Ospedale/Clinica: \_\_\_\_\_ da \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

Osservazioni varie:

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

\_\_\_\_\_  
Data, timbro e firma del medico curante