

## ARZTBERICHT ANNULLIERUNGSKOSTEN-VERSICHERUNG

REFERENZ

### Durch Patient auszufüllen

**VOLLMACHT:** Der/die unterzeichnete Patient/in (bzw. dessen Stellvertreter) entbindet hiermit die behandelnden Ärzte von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber dem Vertrauensarzt von TSM Versicherungen und Assistance

**Ort und Datum**

**Unterschrift** (Patient/in oder gesetzlicher Vertreter)

**Ist der/die Patient/in eine/r Mitreisende/r der versicherten Person?**  Ja  Nein

Verwandtschaftsgrad:

Anzahl Mitreisende:

### Durch Ärztin/Arzt auszufüllen

**Patient/in** Name / Vorname

Adresse

Geburtsdatum

**Arzt** Name / Vorname

Adresse

### Beschreibung

Krankheit  Unfall  Schwangerschaft

Datum erste Symptome

Datum ersten Konsultation

Genauere Diagnose

Art der Pflege/Behandlung

Beginn und voraussichtliches Ende der Reiseunfähigkeit: vom bis

War der gesundheitliche Zustand im Moment der Reisebuchung bekannt?  ja  nein

Unerwartete Verschlimmerung eines chronischen/vorbestandenen Leidens?  ja  nein

Hat Sie der/die Patient/in vorgängig über dieser Reise informiert?  ja  nein

Wenn ja, an welchem Datum sind Sie informiert worden?

War ein Spitalaufenthalt oder eine Behandlung vorgesehen?  ja  nein

Schwangerschaft: voraussichtliches Geburtsdatum?

Schwangerschaftswoche?

**Ort und Datum**

**Stempel und Unterschrift des Arztes/der Ärztin**

Bitte senden Sie dieses Formular an folgende Adresse: [claims@tsm-assistance.com](mailto:claims@tsm-assistance.com)