Allianz DIRECT

Schadennumer

Ärztliche Bescheinigung

Bitte trage in dieses Formular unter der entsprechenden Rubrik (A, B oder C) in die blau umrandeten Felder deine persönlichen Daten und Buchungsdaten ein. Gib danach das Formular bitte an den behandelnden Arzt weiter.

A. Krankheit / Unfall der versicherten Person

☐ Herr ☐ Frau

Vorname

Name

Geburtsdatum

Reiseziel / Veranstaltungsort

Buchungsdatum

Reise- / Veranstaltungsbeginn

Reise- / Veranstaltungsende

Krankheit / Diagnose, die zur Reise- / Teilnahmeunfähigkeit führte:

Krankheitsbezeichnung

ICD 10 Code (Bitte unbedingt angeben)

Wann wurde diese Diagnose gestellt?

Datum

Wann wurde wegen der Beschwerden und Symptome, die zu dieser Diagnose führten, erstmals ein Arzt aufgesucht?

Datum

Hätte der / die Patient(in) zum Zeitpunkt dieses ersten Arztbesuches reisen / an der Veranstaltung teilnehmen können?

☐ Ja ☐ Nein / Nicht zumutbar

Welche Medikation und Therapie / Maßnahmen haben Sie verordnet?

Weitere Behandlungsdaten

Überweisung an Facharzt

☐ Nein ☐ Ja

Name und Anschrift des Facharztes

Bestand Arbeitsunfähigkeit?

☐ Nein ☐ Ja

vom

bis

Bestanden oder bestehen Vorerkrankungen, die im Zusammenhang mit der aktuellen Erkrankung stehen?

☐ Nein ☐ Ja

seit

Diagnose der Vorerkrankungen

ICD 10 Code (bitte unbedingt angeben)

Falls es sich um eine chronische Erkrankung handelt: Wann kam es letztmals zu einem akuten Schub?

Datum

Gesundheitliche Risiken

Wurden Sie vor Buchung der Reise / Veranstaltung (siehe o. g. Buchungsdatum) vom Patienten nach der Durchführbarkeit der Reise / Teilnahme an der Veranstaltung gefragt?

☐ Nein ☐ Ja

Wann wurden Sie erstmals nach der Durchführbarkeit der Reise / Teilnahme an der Veranstaltung gefragt?

Datum

Stationäre Behandlung

☐ Nein ☐ Ja

vom

bis

Krankenhaus / Klinik (Name / Anschrift)

Einweisender Arzt (Vorname / Name)

Bitte legen Sie den Entlassungsbericht des Krankenhauses bei.

Ab wann war nach objektiver ärztlicher Beurteilung die Teilnahme an der Reise / Veranstaltung nicht mehr möglich?

Datum

Falls dieses Datum vom Datum des ersten Arztbesuchs abweicht, nennen Sie uns bitte hierfür die Gründe:

(Die Überprüfung der Angaben durch den medizinischen Dienst der AWP P&C S.A. behalten wir uns vor.)

Ort / Datum

Unterschrift des Arztes

Stempel des Arztes

Allianz DIRECT

B. Krankheit / Unfall nicht reisender / teilnehmender Angehöriger

Vorname | Name

☐ Herr ☐ Frau

Geburtsdatum

Diagnose | ICD 10 Code (Bitte unbedingt angeben)

Wann trat die Krankheit auf? / Wann ereignete sich der Unfall?

Datum

Stationäre Behandlung

☐ Nein ☐ Ja

vom | bis

Wann war erstmals erkennbar, dass die Anwesenheit der Angehörigen im Hinblick auf das gesundheitliche Befinden des / der Patienten / Patientin angezeigt war?

Datum

Ort / Datum | Unterschrift des Arztes | Stempel des Arztes

C. Schwangerschaft der versicherten Person

Vorname | Name

Geburtsdatum | Reiseziel / Veranstaltungsort

Buchungsdatum | Reise- / Veranstaltungsbeginn | Reise- / Veranstaltungsende

Wann und in welcher Schwangerschaftswoche wurde die Schwangerschaft festgestellt?

Datum | Schwangerschaftswoche | Errechneter Entbindungstermin

Wann war erstmals erkennbar, dass der Antritt der Reise / die Teilnahme an der Veranstaltung in Anbetracht der Schwangerschaft nicht zumutbar war?

Datum | Schwangerschaftswoche

Was war der Grund für diese Beurteilung?

Gab es zum o. g. Zeitpunkt Komplikationen? Um welche Komplikationen handelte es sich?

☐ Nein ☐ Ja

Stationäre Behandlung

☐ Nein ☐ Ja

vom | bis

Sonstige Gründe:

Ort / Datum | Unterschrift des Arztes | Stempel des Arztes

Allianz Direct Versicherungs-AG
Königinstr. 28
80802 München

Vorsitzender des Aufsichtsrats: Anthony J. Bradshaw
Vorstand: Philip Kroetz, Vorsitzender;
Birgit Bacher; Philip Hoffman

Ust-ID-Nr.: DE 811 239 585
VersSt-Nr.: 802/V90802003881
Sitz der Gesellschaft: München
Registergericht: Amtsgericht München HRB 95802

Finanz- und Versicherungsleistungen i.S.d. UStG / MwStSystRL sind von der Umsatzsteuer befreit.