

Entbindung der ärztlichen Schweigepflicht

Policen-Nr. (Bitte Kopie beilegen)

Schaden-Nr. (Wird von Mondial ausgefüllt)

Personalien (Bitte alle Angaben in Blockschrift ausfüllen)

Name, Vorname

Geburtsdatum

Strasse / Nr.

PLZ / Ort

Telefon Privat

Telefon Geschäft

Reiseziel

Reiseart

Buchungsdatum

Reisezeit

von

bis

Sehr geehrte Damen und Herren

Bitte tragen Sie auf diesem Formular Ihre Personalien und Reisedaten ein und unterzeichnen Sie die nachstehende Erklärung. Leiten Sie sodann dieses Formular an den behandelnden Arzt weiter.

Schweigepflichtenbindung

Mir ist bekannt, dass die Mondial Assistance (Schweiz) zur Beurteilung ihrer Leistungspflicht Angaben überprüft, die ich zur Begründung meines Anspruchs mache. Zu diesem Zweck befreie ich Ärzte und ihre Hilfspersonen, die in den von mir vorgelegten Unterlagen genannt sind oder die an der Behandlung beteiligt waren, von ihrer Schweigepflicht, und zwar über meinen Tod hinaus. Bezüglich einer bereits früheren Behandlung gilt diese Entbindung von der Schweigepflicht jedoch nur, soweit diese Angaben für die Überprüfung der Leistungspflicht erforderlich sind.

Ort, Datum

Unterschrift des Versicherungsnehmers (bei Minderjährigen des gesetzl. Vertreters)

Arztbericht Annullierungskosten-Versicherung

Policen-Nr. (Bitte Kopie beilegen)

Schaden-Nr. (Wird von Mondial ausgefüllt)

1. a) Anamnese mit Datum der ersten Arztkonsultation (bei Schwangerschaft Datum der Feststellung)

b) Objektive Befunde

c) Diagnosen, welche die Reiseunfähigkeit begründen mit Datum der Diagnose-Stellung (bei Schwangerschaft voraussichtlicher Geburtstermin angeben)

d) Ab wann bestand die Reiseunfähigkeit?

e) Bestand zum Zeitpunkt der Buchung Reisefähigkeit?

Ja Nein

2. a) Wurden Medikamente verschrieben?

Ja Nein

Wenn ja, welche?

b) Wurden weitere Behandlungen oder Nachkontrollen angeordnet?

Ja Nein

Wenn ja, bitte Daten angeben

c) Erfolgte eine Operation?

Ja Nein

Wenn ja, Datum der Operation

Datum der Terminfestlegung

War es ein Wahleingriff?

Ja Nein

d) Andere Therapien/Massnahmen?

3. a) War ein Spital-/Klinikaufenthalt erforderlich?

Ja Nein

Wenn ja, wo?

von

bis

b) War der Patient arbeitsunfähig?

%

Ja Nein

Wenn ja, von/bis

Wenn nein, Begründung

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel des Arztes
