

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. Gerne per E-Mail an die Adresse Feriehus@gouda.dk schicken.

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

Name des Mieters auf dem Mietvertrag:
Booking Nr.:

Ist vom Versicherten auszufüllen:

1. Auskunft über den versicherten

Name:	
Adresse:	PLZ, Ort und Land:
Tel.:	E-Mail:

2. Bankverbindung

SWIFT-Code:	IBAN-Nummer:
Name der Bank:	Adresse der Bank:

3. Inverständniserklärung

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 Inverständniserklärung gilt ausschließlich für die angegebene Erkrankung/Diagnose.	
Ich erkläre gleichzeitig an Eides statt, dass meine Angaben der Wahrheit entsprechen, und dass ich nichts verschwiegen habe.	
Datum:	Unterschrift des Patienten:

Ist vom Arzt des Patienten auszufüllen:

4. Über krankheit

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? ☐ Ja ☐ Nein Wenn nicht, siehe unter chronische Erkrankungen	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:
--------	--------------------------