

Ärztliches Attest

Im Falle einer Stornierung aufgrund von Krankheit müssen Patient/in und Arzt/Ärztin so schnell wie möglich das untenstehende ärztliche Attest ausfüllen und es an Tryg senden. Alle Felder im ärztlichen Attest müssen ausgefüllt werden.

Name und Mietbescheinigungsnr. MÜSSEN vom Mieter nachfolgend eingetragen werden:

Name des Mieters auf der Mietbescheinigung:
Mietbescheinigungsnr.:

Vom Versicherungsnehmer auszufüllen:

1. Informationen über den Versicherungsnehmer

Name:	
Anschrift:	PLZ, Ort und Land:
CPR-Nr.:	Tel.:
E-Mail:	BLZ und Konto-Nr. oder SWIFT und IBAN:

2. Einverständnis

<p>Ich erkläre mich damit einverstanden, dass Tryg im Zusammenhang mit dem gemeldeten Schaden Informationen über meinen Gesundheitszustand von autorisierten medizinischen Fachkräften, Krankenhäusern, Gesundheitseinrichtungen, öffentlichen Stellen, Versicherungsgesellschaften, dem Beschwerdeausschuss für Versicherungen usw. einholt und weiterleitet. Das Einverständnis gilt nur für die in der Schadensmeldung beschriebene Verletzung/Diagnose.</p> <p>Ich erkläre außerdem ehrenwörtlich, dass die von mir gemachten Angaben der Wahrheit entsprechen und dass ich nichts verschwiegen habe.</p>	
Unterschrift des Versicherungsnehmers:	Datum:

Vom Arzt des Geschädigten auszufüllen:

3. Über die Krankheit

Name des Patienten:	CPR-Nr.:
Um welche Krankheit handelt es sich? (Bitte die Diagnose auf Deutsch und Latein angeben. Genaue Diagnose angeben)	
Ist die Krankheit des Patienten akut aufgetreten? Ja/Nein Wenn nein, weitere Angaben unter chronischer Erkrankung machen.	Wann bekam der Patient Symptome dieser Krankheit?

Datum der ersten Konsultation	War die Krankheit bei der Buchung der Reise bekannt?
Bei chronischer Erkrankung: Wann bekam der Patient diese Krankheit?	Ist es zu einer akuten Verschlechterung gekommen? Ja/Nein
Wenn ja, worin besteht die Verschlechterung?	
Wann haben Sie entschieden, dass von der Durchführung der Reise aufgrund des Gesundheitszustands abzuraten ist?	Datum:
Eventuelle Anmerkungen:	
Name des Arztes sowie Anschrift, Postleitzahl, Ort, Land, Telefonnummer, Steueridentifikationsnummer:	
Sind Sie der Arzt des Patienten? Ja/Nein	Wenn nein, wer ist der Arzt des Patienten?

4. Unterschrift

Datum:	Unterschrift des Arztes:
--------	--------------------------

Tryg | Dusager 25 | DK-8200 N | Denmark

(+45) 43 58 58 05 | <https://affinity.tryg.dk/>

Tryg Forsikring A/S | CVR no. 24260666