

ANTRAG AUF VERSICHERUNGSDECKUNG BEI VORERKRANKUNGEN

Worldwide Travel Options



(Bitte Blockschrift anwenden)

Producer ID: 1658-000-00, Helbich GmbH

INFORMATIONEN ÜBER DEN VERSICHERTEN

Policennummer	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>
Datum der Abreise (TT/MM/JJJJ)	<input type="text"/>	Datum der Rückkehr	<input type="text"/>
Reiseziel	<input type="text"/>		
Vorname(n)	<input type="text"/>		
Familienname(n)	<input type="text"/>		
Geburtsdatum (TT/MM/JJJJ)	<input type="text"/>	Geschlecht (M/W)	<input type="checkbox"/>
Adresse des festen Wohnsitzes	<input type="text"/>		
Adresse des festen Wohnsitzes	<input type="text"/>		
Postleitzahl	<input type="text"/>	Stadt	<input type="text"/>
Land	<input type="text"/>		
Telefonnummer	<input type="text"/>	Fax	<input type="text"/>
Mobiltlf.	<input type="text"/>		
E-Mail	<input type="text"/>		

INFORMATIONEN DES ARZTES

Diagnose:

Art und Umfang der Behandlung: Datum (TT/MM/JJJJ)

Krankenhausaufenthalt/ärztliche Behandlung in Verbindung mit der Krankheit oder ihrer Folgewirkungen innerhalb der letzten sechs Monate vor der Abreise:

Aktuelle medizinische Behandlung. Änderung der Arzneimittel innerhalb der letzten sechs Monate vor der Abreise:

Werden Untersuchungen oder Behandlungen erwartet? JA NEIN Datum (TT/MM/JJJJ)

Art der Behandlung:

Andere Bemerkungen:

Unterschrift und Stempel des Arztes _____ **Datum** _____

Wichtig! Das Honorar des Arztes für die Ausstellung dieses Attestes ist vom Antragsteller zu zahlen.