

Certificato Medico

per: Denuncia sinistro (rimborso costi annullamento viaggi)

Egregio/a Dottore/ssa,

attraverso questo modulo, Il Suo paziente inoltrerà una richiesta di risarcimento danni presso la nostra società. Con lo scopo di poter giudicare al meglio il diritto al risarcimento dello stesso, La preghiamo vivamente di compilare il seguente formulario in modo quanto più accurato e obiettivo possibile. L'assicurato acconsente espressamente (secondo l'Art. 6 delle condizioni di assicurazione) a sciogliere il medico curante dal segreto professionale. Ci riserviamo inoltre, per eventuali chiarimenti, la possibilità di contattarLa in seguito.

Cordiali saluti.
Europea assicurazione Viaggi

La preghiamo di inoltrare la documentazione a:
Ufficio Liquidazione Danni
C.so Venezia, 48
20121 Milano

Per informazioni riguardanti il sinistro:
Lunedì e Giovedì dalle 9.30 alle 12.30
Tel. +39 02 76 41 66 53
Tel. +39 02 76 41 66 54

Centrale Operative Mesa
Tel. +39 02 30 30 00 05

Nome del Paziente		
Indirizzo		
CAP / Luogo di residenza	Data di nascita	
1. Diagnosi medica:		
2. Quando si sono manifestati i primi sintomi della malattia? Quando si è verificato l'infortunio? Quando è stata riscontrata la gravidanza?		
Quando ha effettuato la prima medicazione/prescrizione? Quando sono state svolti i primi esami che hanno portato a formulare la suddetta diagnosi?	Data	
Fino al momento della manifestazione dei primi sintomi, era il paziente, a Suo giudizio, in grado di viaggiare?	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	
Quando ha richiesto il paziente il Suo intervento?	Data	
3. Medicazioni e misure terapeutiche:		
4. Si è reso necessario un ricovero ospedaliero? In caso affermativo, dove e quando?		
5. In seguito all'infermità, era il paziente in grado di continuare l'attività lavorativa? In caso affermativo da _____ a _____ (copia del certificato medico da presentare al datore di lavoro in caso di assenza per malattia)		
6. Trattasi di forma di malattia preesistente/cronica già curata in precedenza? In caso affermativo, a partire da quando? (includere Nome del Medico curante)		
7. Trattasi di malattia i cui sintomi sono esistenti già da lungo tempo? In caso affermativo, a partire da quando? Data _____ Quando si è verificato un consistente peggioramento? Data _____		
8. Come medico curante, Le erano note al momento della prenotazione del viaggio eventuali controindicazioni che avrebbero potuto pregiudicare lo svolgimento dello stesso? E' stato consultato a riguardo? <input type="checkbox"/> sì, il _____ <input type="checkbox"/> No		
9. In che data si è resa necessaria, in seguito alla diagnosi, a Suo parere la rinuncia al viaggio? Data _____ Se questa data differisce dalla data indicata al punto 2 di cui sopra, indicarne i motivi:		
10. Ulteriori commenti:		
Luogo	data	Timbro e firma del medico curante

Numero di pratica