

# MEDISCH FORMULIER

Aan : de medische dienst van Allianz Global Assistance

Zwaluwenstraat 2 - 1000 Brussel  
Tel. +32 2 290 64 11 - Fax +32 2 290 65 29

**in te vullen door de geneesheer**

*Onvolledig ingevulde formulieren vertragen de afhandeling.  
Het is de verzekerde die U vraagt om dit formulier in te vullen.  
Mogen wij U vragen om het formulier na vervollediging dicht-  
geplakt aan de verzekerde te overhandigen? Dank u.*

Dossiernummer : ..... Naam + voornaam patiënt : .....  
Polisnummer : ..... Straat : .....  
Woonplaats : .....  
Naam + voornaam reiziger : .....  
Straat : .....  
Woonplaats : .....

## Met betrekking tot de reiziger :

1. Datum sedert wanneer de ongeschiktheid tot reizen bestond of bestaat : ..... / ..... / .....
2. Reden van annulatie :  Ziekte  Ongeval

## Met betrekking tot de patiënt :

3. Nauwkeurige omschrijving van de diagnose die de reden van annulatie is : .....  
.....
  - Uitgevoerde onderzoeken : .....
  - Aard van de verzorging : .....
  - Aard van de medicatie : .....
  - Duur en frequentie : .....
  - Datum waarop patiënt het allereerst zorgen aanvroeg voor deze aandoening : ..... / ..... / .....
  - Datum laatste consultatie : ..... / ..... / .....
4. Dienen de activiteiten stilgelegd te worden ?  
 Neen  Ja : vanaf ..... / ..... / ..... tot en met ..... / ..... / .....
5. Diende patiënt gehospitaliseerd te worden ?  
 Neen  Ja : vanaf ..... / ..... / ..... tot en met ..... / ..... / .....
6. Was patiënt in het verleden reeds in behandeling voor de aandoening die nu de oorzaak is van de annulering ?  
 Neen  Ja : sinds ..... / ..... / .....  
Zo ja, was de aandoening gestabiliseerd, en sedert wanneer ?  
 Neen  Ja : sinds ..... / ..... / .....  
Is hier sprake van een recidief of een complicatie ?  
 Neen  Ja : vanaf ..... / ..... / ..... tot en met ..... / ..... / .....
7. Antecedenten
  - Medisch : .....
  - Chirurgisch : .....
8. In geval van zwangerschap : normale bevallingsdatum : ..... / ..... / .....
9. Specifieke mededelingen : .....

Datum : ..... / ..... / .....

Stempel :

Handtekening :

Gelieve in acht te nemen dat ALLE vragen dienen beantwoord te worden.  
Formulier terug te zenden binnen de 30 dagen.

Onderneming toegelaten onder het codenummer 2769 – ondernemingsnummer: 0837.437.919.  
De houder van de bestanden is AGA International S.A. - Belgian branch. De gegevens worden ingezameld met het oog op een vlot beheer van het contract en de schadedossiers. De patiënt geeft  
daarvoor AGA International S.A. - Belgian branch eveneens toestemming om de medische gegevens te verwerken. De patiënt heeft het recht van toegang tot en verbetering van deze gegevens.  
De patiënt heeft ook de mogelijkheid om aanvullende inlichtingen te bekomen bij het openbaar register van de Commissie voor de Bescherming van de Persoonlijke Levensfeer (identificatie).  
VT4003753 en VT4003754 (wet van 8.12.92).

AFZENDER : (Stempel)

TE FRANKEREN

MEDISCH  
GEHEIM

**AAN DE MEDISCHE DIENST**



**Zwaluwenstraat 2  
1000 BRUSSEL**