

AANGIFTEFORMULIER TOERIS REISVERZEKERINGEN

MEDISCHE VRAGENLIJST

De behandelende arts dient dit volledig ingevuld en ondertekend formulier af te geven aan de verzekerde.

De verzekerde dient dit formulier onder gesloten omslag te versturen naar:

**ASSURIT bvba
Ter attentie van de Medische Dienst
Lummenseweg 100
3580 Beringen
België**

Polisnummer: _____

Verzekerde persoon:

Naam & Voornaam: _____

Adres: _____

Patiënt:

Naam & Voornaam: _____

Adres: _____

1. Diagnose van de vastgestelde letsels, stoornissen of ziekte? _____

2. Wanneer werden de eerste zorgen verstrekt? _____

3. Betreft het een chronische ziekte? Ja / Neen

4. Betreft het hier een hernieuwde aanval? Neen / Ja, sinds wanneer: _____

5. Aard van de behandeling en de voorgeschreven medicatie? _____

6. Welke (gespecialiseerde) onderzoeken werden uitgevoerd en op welke datum? _____

7. Wordt of werd de patiënt gehospitaliseerd? Neen / Ja, van _____ tot _____



8. Sinds wanneer bestaat of bestond de onmogelijkheid tot reizen? _____

9. In geval van zwangerschap, wanneer is de normale bevallingsdatum? _____

10. Bijkomende toelichtingen: _____

Datum:

Stempel en handtekening:

