

## **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:

