

MEDISCH FORMULIER

in te vullen door de geneesheer

Aan : de medische dienst van Allianz Global Assistance

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

*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 : **1556** 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.

AFZENDER : (Stempel)



MEDISCH
GEHEIM

AAN DE MEDISCHE DIENST

Global Assistance

Allianz 

**Zwaluwenstraat 2
1000 BRUSSEL**