

# Medisch formulier

Aan : de medische dienst van Allianz Partners  
32, Boulevard Roi Albert II, 1000 Brussels  
Tel: +32 2 290 64 68  
E-mail : claims.be@allianz.com

### 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. Wij verzoeken u vriendelijk het document volledig ingevuld en ondertekend aan de verzekerde te overhandigen. Dank u.

## 1 Gegevens reiziger

Dossiernummer:

Polisnummer:

Voornaam:

Naam:

Adres:

## 2 Gegevens patiënt

Voornaam:

Naam:

Adres:

## 3 Medische gegevens

### met betrekking tot de reiziger en de patiënt:

1. Datum sedert wanneer de ongeschiktheid tot reizen bestond of bestaat: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

2. Reden van annulatie:        Ziekte                                Ongeval

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 aanvraag 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                                Vanaf: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_                                Tot en met: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Zo ja, was de aandoening gestabiliseerd, en sedert wanneer?  
Neen                                Ja                                Vanaf: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_                                Tot en met: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

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: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Handtekening geneesheer:

Gelieve ALLE vragen te beantwoorden en het formulier terug te zenden binnen de 30 dagen.