



Medische vragenlijst NoGo Annuleringsverzekering

In te vullen door de patiënt of diens wettelijke vertegenwoordiger:

Voor de uitvoering van het verzekeringscontract, schadebeheer, klachtenbeheer en mogelijke geschillenbeslechting, verwerkt Europ Assistance Belgium uw gezondheidsgegevens. Deze gegevens kunnen alleen met uw toestemming worden verwerkt. Als deze niet beschikbaar is, dan kan de behoorlijke uitvoering van het contract worden verhinderd.

Ik,..... (naam, voornaam) geef hierbij mijn uitdrukkelijke toestemming aan Europ Assistance Belgium om mijn gezondheidsgegevens te verwerken (of die van de minderjarige (naam, voornaam) van wie ik de wettelijke vertegenwoordiger ben) zonder tussenkomst van de beroepsbeoefenaar in de gezondheidszorg voor de uitvoering van het verzekeringscontract, schadebeheer, klachtenbeheer en mogelijke geschillenbeslechting.

Datum en handtekening:

Waarschuwing : Elke persoon die, met de bedoeling te frauderen of bewust een fraude tegen een verzekeraar te vergemakkelijken, een aanvraag indient of een claim indient die een valse of bedrieglijke verklaring bevat, of informatie verbergt met het oog op misleiding, kan zich schuldig maken aan verzekeringsfraude en onderworpen zijn aan strafrechtelijke en/of schadeloosstellingen.

In te vullen door de behandelend geneesheer op aanvraag van verzekerde

Patient :

Adres:

Geboortedatum :

1. Reden van annulatie : ziekte ongeval
2. Nauwkeurige omschrijving van de ziekte / het ongeval dat de oorzaak van annulering/ wijziging is :
.....
.....
3. Dient de patiënt gehospitaliseerd te worden ? Ja Nee
Zo ja, van tot

Voor de uitvoering van het verzekeringscontract, schadebeheer, klachtenbeheer en mogelijke geschillenbeslechting, verwerkt Europ Assistance Belgium uw gezondheidsgegevens. Deze gegevens kunnen alleen met uw toestemming worden verwerkt. Als deze niet beschikbaar is, dan kan de behoorlijke uitvoering van het contract worden verhinderd. Ik geef hierbij mijn uitdrukkelijke toestemming aan Europ Assistance Belgium om mijn gezondheidsgegevens te verwerken (of die van de minderjarige van wie ik de wettelijke vertegenwoordiger ben) zonder tussenkomst van de beroepsbeoefenaar in de gezondheidszorg voor de uitvoering van het verzekeringscontract, schadebeheer, klachtenbeheer en mogelijke geschillenbeslechting.





4. Datum eerste consultatie :
5. Heeft u de patiënt persoonlijk onderzocht ? Ja Nee
6. Voorziene duur van de zorgen :
7. Voorgeschreven geneesmiddelen :
8. Datum waarop u de verzekerde reiziger hebt afgeraden om de geplande reis te ondernemen :
.....
Waarom ?
9. Was de patiënt reeds eerder voor dezelfde ziekte in behandeling ? Ja Nee
Zo ja, was de aandoening gestabiliseerd ? Ja Nee
Zo ja, sinds wanneer ?
10. Was de verzekerde in staat de reis te ondernemen op de reserveringsdatum,..... /...../20..... ?
Opmerkingen :
11. In geval van zwangerschap, welke is de voorziene bevallingsdatum :
12. Andere mededelingen :
.....
.....
.....

Datum :

Stempel :

Handtekening :

Voor de uitvoering van het verzekeringscontract, schadebeheer, klachtenbeheer en mogelijke geschillenbeslechting, verwerkt Europ Assistance Belgium uw gezondheidsgegevens. Deze gegevens kunnen alleen met uw toestemming worden verwerkt. Als deze niet beschikbaar is, dan kan de behoorlijke uitvoering van het contract worden verhinderd. Ik geef hierbij mijn uitdrukkelijke toestemming aan Europ Assistance Belgium om mijn gezondheidsgegevens te verwerken (of die van de minderjarige van wie ik de wettelijke vertegenwoordiger ben) zonder tussenkomst van de beroepsbeoefenaar in de gezondheidszorg voor de uitvoering van het verzekeringscontract, schadebeheer, klachtenbeheer en mogelijke geschillenbeslechting.

