VAB-Reisbijstand
Medisch Formulier

IN TE VULLEN DOOR DE GENEESHEER

Gelieve dit formulier voor onze verzekerde in te vullen en het hem, eventueel onder gesloten omslag, te overhandigen. Onvolledig ingevulde formulieren vertragen de afhandeling.

Een controlegeneesheer kan altijd aangesteld worden.

Aan: De Medische Dienst van VAB

Dit document dient onder gesloten omslag aan uw reisbureau overgemaakt te worden.

POLISNUMMER ⌊⌊⌊⌊⌊⌊⌊⌊⌊⌊⌊⌊⌋ SCHADEDOSSIERNUMMER ⌊⌊⌊⌊⌊⌊⌊⌊⌋

NAAM PATIËNT ⌊⌊⌊⌊⌊⌊⌊⌊⌊⌊⌊⌊⌋ VOORNAAM ⌊⌊⌊⌊⌊⌊⌊⌊⌊⌊⌊⌊⌋

GEBOORTEDATUM ⌊⌊⌋ ⌊⌊⌋ ⌊⌊⌊⌊⌋

NAAM REIZIGER ⌊⌊⌊⌊⌊⌊⌊⌊⌊⌊⌊⌊⌊⌊⌊⌊⌊⌊⌊⌊⌋ VOORNAAM ⌊⌊⌊⌊⌊⌊⌊⌊⌊⌊⌊⌊⌊⌊⌊⌊⌊⌊⌋

1. Datum eerste symptomen bij ziekte of datum ongeval: ⌊⌊⌋⌊⌊⌋⌊⌊⌊⌊⌋

2. Reden van annulatie: ❑ ziekte ❑ ongeval ❑ overlijden

3. • Nauwkeurige omschrijving van de diagnose die de reden van annulatie is:

   _____

   _____

   • Betreft het hier psychische, psychosomatische of zenuwstoornissen? ❑ Neen ❑ Ja

   • Betreft het een chronische ziekte? ❑ Neen ❑ Ja, behandeling van ⌊⌊⌋⌊⌊⌋⌊⌊⌊⌊⌋ tot en met ⌊⌊⌋⌊⌊⌋⌊⌊⌊⌊⌋

4. • 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: ⌊⌊⌋⌊⌊⌋⌊⌊⌊⌊⌋

   • Bestond er op de boekingsdatum ⌊⌊⌋⌊⌊⌋⌊⌊⌊⌊⌋ een tegenindicatie om de reis te ondernemen?

   ❑ Neen ❑ Ja, sinds ⌊⌊⌋⌊⌊⌋⌊⌊⌊⌊⌋

5. Dienen de activiteiten stilgelegd te worden?

   ❑ Neen ❑ Ja van ⌊⌊⌋⌊⌊⌋⌊⌊⌊⌊⌋ tot en met ⌊⌊⌋⌊⌊⌋⌊⌊⌊⌊⌋

6. Diende patiënt gehospitaliseerd te worden?

   ❑ Neen ❑ Ja van ⌊⌊⌋⌊⌊⌋⌊⌊⌊⌊⌋ tot en met ⌊⌊⌋⌊⌊⌋⌊⌊⌊⌊⌋

7. • Was patiënt vroeger reeds in behandeling voor dezelfde aandoening?

   ❑ Neen ❑ Ja van ⌊⌊⌋⌊⌊⌋⌊⌊⌊⌊⌋ tot en met ⌊⌊⌋⌊⌊⌋⌊⌊⌊⌊⌋

   • Was de aandoening gestabiliseerd?

   ❑ Neen ❑ Ja sinds ⌊⌊⌋⌊⌊⌋⌊⌊⌊⌊⌋

   • Is hier sprake van een recidief of een complicatie?

   ❑ Neen ❑ Ja van ⌊⌊⌋⌊⌊⌋⌊⌊⌊⌊⌋ tot en met ⌊⌊⌋⌊⌊⌋⌊⌊⌊⌊⌋

8. Antecedenten

   • Medisch: _____

   • Chirurgisch: _____

9. In geval van zwangerschap: normale bevallingsdatum: ⌊⌊⌋⌊⌊⌋⌊⌊⌊⌊⌋

10. Specifieke mededelingen:

    _____

    _____

Opgesteld te _____ op ⌊⌊⌋⌊⌊⌋⌊⌊⌊⌊⌋

Stempel: Handtekening:

VAB nv | Pastoor Coplaan 100 | 2070 Zwijndrecht | België | t 03 253 61 27 | f 03 253 60 07 | klantenbetalingen.bui@vab.be | www.vab.be