VraGENfOrMullEr N.a.V. MEdIschE OOrzaaK DOOrlOPENdE REIsVErzEKErING (ANNulErING/LOssE (aaNVullENdE) ANNulErINGsVErzEKErING

BETROKKEN PERSOON

Naam

Adres

Postcode woonplaats

Telefoon geboortedatum

Relatienummer

Relatie tot diegene die de polis heeft afgesloten

Wat is de aard van de ziekte of het ongeval waardoor u de reis annuleert?

Op welke datum ontstonden de eerste klachten?

Op welke datum ontstond de medische oorzaak om te annuleren?

Wat zijn de beperkingen om te kunnen reizen?

Heeft een behandelaar u geadviseerd de reis te annuleren? ☐ nee ☐ ja

zo ja, wanneer?

Welke behandelaar was dit? naam

specialisme

ONDERTEKENING

Ondergetekende verklaart bovenstaande vragen naar waarheid te hebben beantwoord.

Dit formulier is naar waarheid ingevuld en ondertekend door:

Naam

Datum Plaats

Handtekening

MEdIschE MachTIGING T.b.V. claIM OP dE aNNulErINGsVErzEKErING

Ondergetekende (naam + voorletters)

Geboortedatum

Adres

Postcode woonplaats

Machtigt hierbij de door ondergetekende genoemde arts tot het verstrekken van medische informatie aan de medisch adviseur van VvAA schadeverzekeringen nv, volgens onderstaande omschrijving:

Naam ziekenhuis

Naam behandelaar

Adres

Postcode woonplaats

Ruimte voor eventuele opmerkingen

ONDERTEKENING

Datum Plaats

Handtekening

U kunt dit aanvullende formulier rechtstreeks sturen naar:
VvAA schadeverzekeringen nv
Medisch adviseur (vertrouwelijk)
Antwoordnummer 1551
3500 VP Utrecht
(Een postzegel is niet nodig)