

Vragenformulier 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)