



TRUST TRAVEL

MEDISCHE VRAGENLIJST**Reservatienummer/Polisnummer****VOLLEDIG IN TE VULLEN DOOR DE BEHANDELENDE ARTS**

GELIEVE DIT FORMULIER INGEVULD EN ONDERTEKEND DOOR UW BEHANDELENDE ARTS OP TE LADEN IN STAP 3 VAN DE ONLINE AANGIFTE VAN UW SCHADEDOSSIER VIA [HTTPS://CLAIMS.TRUSTTRAVEL.BE](https://claims.trusttravel.be) BINNEN DE 30 KALENDERDAGEN NA DE ANNULERINGSdatum OF VERTREKdatum VAN UW HEENREIS

PATIËNT

Naam: _____ Voornaam: _____

Geboortedatum ____/____/____

Verwantschap tussen de patiënt en de verzekerde van de reis: _____

REDEN VOOR ANNULERING
☐ Ziekte ☐ Overlijden ☐ Ongeval ☐ Zwangerschap

1. a. Datum waarop de eerste symptomen zijn opgetreden? ____/____/____
 b. Exacte datum van de eerste consultatie/ vaststelling van ziekte of ongeval: ____/____/____
 c. Nauwkeurige omschrijving van de symptomen en vaststellingen? _____

d. Wat is de uiteindelijke diagnose? _____

e. Is er sprake van een onderliggende oorzaak? ☐ neen ☐ ja, dewelke _____ sinds ____/____/____f. Werd/wordt de patiënt gehospitaliseerd? ☐ neen ☐ ja, van ____/____/____ tot ____/____/____g. Had de patiënt een consultatie bij een gespecialiseerde arts? ☐ neen ☐ ja, wanneer ____/____/____

Indien het antwoord op vraag f) of g) "ja" is, dan vragen wij u ook om het hospitalisatieverslag en/of het verslag van de raadpleging bij de specialist toe te voegen aan de online schade aangifte. Indien u dit niet doet, dan kunnen wij uw dossier niet behandelen en zal de duurtijd oplopen.

h. Welke gespecialiseerde onderzoeken werden uitgevoerd en wanneer (datum onderzoek vermelden)? _____

i. Welke medicatie of behandeling werd voorgeschreven + duur en frequentie? _____

j. Was de patiënt in behandeling op het moment van de boeking? Zo ja, welke behandeling: _____

van ____/____/____ tot ____/____/____

2. Gaat het om een depressie, burn-out, psychische of psychosomatische ziekte? ☐ neen ☐ ja, dewelke _____

Was er een opname in een instelling of ziekenhuis? ☐ neen ☐ ja, van ____/____/____ tot ____/____/____

3. In geval van zwangerschap (extra vragen):

- a. Datum vaststelling zwangerschap? ____/____/____
 b. Wanneer is de normale bevallingsdatum uitgerekend? ____/____/____
 c. Betreft het een complicatie? ☐ Neen ☐ ja, sinds ____/____/____
 Graag een exacte omschrijving van de complicatie _____

4. Kreeg de patiënt in het verleden een behandeling voor dezelfde of een verwante aandoening?

☐ neen ☐ ja, van ____/____/____ tot ____/____/____ Welke ? _____

5. Was de aandoening gestabiliseerd op moment van boeking? ☐ neen ☐ ja, sinds ____/____/____

6. Datum waarop u de verzekerde reiziger heeft afgeraden de geplande reis te ondernemen: ____/____/____

Reden: _____

Van ____/____/____ Tot ____/____/____ is het medisch niet verantwoord om te reizen.

DATUM + STEMPEL

HANDTEKENING VAN DE GENEESHEER

"Om een correcte behandeling van mijn schadedossier te bewerkstelligen en alleen voor dat specifieke doel, geef ik bij het versturen van dit formulier mijn expliciete toestemming voor de verwerking van de medische gegevens daarbij ingesloten."

TRUST TRAVEL- Pats nv, Gistelsesteenweg 1, 8400 Oostende | Ondernemingsnummer: 0436.072.60 | www.trusttravel.be