

# VERTROUWELIJK MEDISCH CERTIFICAAT (VMC)

## REISANNULERING

Dit document moet worden ingevuld en ondertekend door de behandelend arts of een andere beëdigde medische autoriteit op verzoek van de patiënt, en door de verzekeringnemer zelf voor dekking onder een reisverzekeringscontract.

### Dit document is nodig om je aanvraag te verwerken

Om de verwerking van je aanvraag te versnellen, moet deze vragenlijst nauwkeurig en volledig worden ingevuld.

**Geel: in te vullen door de verzekerde**

**Blauw: in te vullen door de arts**



## IN TE VULLEN DOOR DE VERZEKERDE

N° COMPENSATIEDOSSIER : S..... (S + 8 cijfers)

## PATIËNT

Achternaam	Voornaam	Leeftijd
------------	----------	----------

<b>Werknemer :</b>		<b>Zelfstandige :</b>	
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee

<b>Gepensioneerd :</b>	
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee

<b>Moet de patiënt deelnemen aan de reis ?</b>	
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee

<b>Zo nee, gelieve de relatie tot de deelnemer(s) aan te reiziger(s) :</b>		
<input type="checkbox"/> Echtgenoot, Partner	<input type="checkbox"/> Kinderen, Kleinkinderen	<input type="checkbox"/> Ouders, grootouders
<input type="checkbox"/> Broer, Zus	<input type="checkbox"/> Vriend(in)	<input type="checkbox"/> Professionele vervanging
<input type="checkbox"/> Andere (specificeer) :		

# IN TE VULLEN DOOR DE DOKTER (medisch geheim)

(of een andere beëdigde medische autoriteit)

## MEDISCHE REDEN WAAROM U NIET KUNT REIZEN

Pathologie die de annulering veroorzaakt (verplicht in te vullen)	
Datum van contra-indicatie voor reizen of activiteiten (verplicht in te vullen)	
Voorgeschreven behandeling + kopie voorschrift bijvoegen	

<u>Ziekenhuisopname</u>		<u>Stopzetting van alle professionele activiteiten</u>	
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja*	<input type="checkbox"/> Nee**
Startdatum		Startdatum	
Einddatum		Einddatum	
Indien geprogrammeerd	Datum van het besluit :		
		<p>* <u>Zo ja</u> → Stuur ons de werkonderbreking</p> <p>** <u>Zo Nee</u> → Stuur ons alle documenten die je status bewijzen (bewijs van betaling van pensioen, bewijs van opleiding, KVK-uittreksel, Bewijs werkloosheid, enz.)</p> <p><u>Als u op vakantie bent op het moment van annulering</u> → Geef ons een kopie van de goedkeuring van de vakantie door je werkgever</p>	

## VOORGESCHIEDENIS VAN DE ZIEKTE

Belangrijkste antecedenten met betrekking tot de reden voor annulering	
Datum terugval	

## HANDTEKENING & STEMPEL VAN ARTS EN VERZEKERDE

De arts of medische autoriteit :

Datum :
Handtekening :
Doktersstempel :

Van de verzekerde :

Datum :
Handtekening :

*Dit document is strikt vertrouwelijk en voldoet aan de regels die zijn vastgesteld door de verzekeringsmaatschappij als onderdeel van onze missie als gedelegeerde voor schadebeheer.*