

MEDISCHE VRAGENLIJST

Onder gesloten omslag: T.a.v. de Medische Raadgever van **MAPFRE**
Trierstraat 45/1 - 1040 Brussel

Schadedossier	N°.....
Verzekerde	Naam Voornaam
Patient	Naam Voornaam
Geboortedatum / /

Volledig in te vullen door de behandelende arts

1.a. Wanneer werden voor **de ziekte die of het ongeval dat aanleiding gaf tot annulering** de eerste zorgen verstrekt?

.....

1.b. Waarin bestaan de vastgestelde letsels, stoornissen, ziekte? (**nauwkeurige en gedetailleerde omschrijving**)

.....
.....
.....

1.c. Betreft het een chronische ziekte?

ja neen

1.d. Betreft het hier een hernieuwde aanval?

.....

ja

Sinds wanneer?.....

neen

1.e. Welke gespecialiseerde onderzoeken werden uitgevoerd? Op welke datum?

.....

1.f. Word/werd de patient gehospitaliseerd?

ja neen van / / tot / /

2. Bestond er **op de boekingsdatum** / / 20.... een tegenindicatie om de reis te ondernemen?

ja neen

3. In geval van zwangerschap: wanneer is de normale bevallingsdatum? / / 20...

Datum/...../ 20.....

Stempel en handtekening