

MUTATIEFORMULIER TOEVOEGING SECOND MEDICAL OPINION

Gegevens aanvrager/verzekerde

Naam: <i>[naam verzekerde]</i> Voornamen: <i>[voornamen verzekerde]</i> Geboortedatum: <i>[geboortedatum verzekerde]</i>	Naam verzekeringnemer: <i>[naam verzekeringnemer]</i> Polisnummer: <i>[Polisnummer lopende AZPAS verzekering]</i> Gewenste ingangsdatum Second Medical Opinion:
---	---

Bijzondere voorwaarden Second Medical Opinion.

Deze dekking is uitgesloten wanneer:

- de verzekerde, op het moment van de aanvraag voor een Second Medical Opinion, in het ziekenhuis is opgenomen, op de spoedeisende hulp (SEH) wordt behandeld of een geplande operatie moet ondergaan;
- de verzekerde geen eerdere diagnose en of behandelplan, "First Medical Opinion", in relatie tot de onderhavige aanvraag voor een Second Medical Opinion heeft ontvangen;
- de verzekerde de afgelopen 12 maanden niet door een arts is beoordeeld in relatie tot de onderhavige aanvraag voor een Second Medical Opinion;
- de verzekerde dringend medische hulp nodig heeft;
- de verzekerde een fysieke medische evaluatie nodig heeft op het moment dat er een Second Medical Opinion wordt aangevraagd.

Machtiging opvragen aanvullende medische informatie.

- Ik ben ervan op de hoogte dat Assuria een aanvullend medisch onderzoek kan aanvragen, ingeval zij daartoe behoefte hebben. Dit is afhankelijk van de eerder verkregen medische informatie. Ik verklaar hierbij akkoord te gaan met een aanvullend medisch onderzoek.
- Ik machtig hierbij de Medisch Adviseurs van Assuria om mijn persoonlijke medische informatie op te mogen vragen bij alle artsen, ziekenhuizen of klinieken, of enig ander medisch instituut, die mij behandeld hebben of in de toekomst nog zullen behandelen.

Ondergetekende verklaard hierbij kennis te hebben genomen van de bovengenoemde bijzondere voorwaarden horende bij de Second Medical Opinion.

Plaats en datum,

Plaats en datum,

[Handtekening kandidaat-verzekerde]

[Handtekening verzekeringnemer]