

Formulaire Médical Assurance Annulation

A faire compléter par le medecin traitant a la demande de l'assuré

Patient :

Adresse:

Date de naissance :

1. Raison d'annulation / modification : maladie accident
2. Description détaillée de la maladie / de l'accident ayant donné lieu à l'annulation / la modification :
.....
.....
3. Le patient a-t-il été ou doit-il être hospitalisé ? : Oui Non
Si oui, quand : du au
4. Date première consultation :
5. Durée prévisible des soins :
6. Médicaments prescrits :
7. Date à laquelle vous avez conseillé à l'assuré voyageur d'annuler le voyage planifié :
Pourquoi ?
8. Le patient a-t-il été traité auparavant pour la même maladie ? : Oui Non
Si oui, l'affection était-elle stabilisée ? Oui Non
Si oui, depuis quand ?
9. L'assuré était-il apte à entreprendre le voyage au moment de réservation le...../...../ 20..... ?
 Oui Non

Commentaires :

10. En cas de grossesse, quelle est la date d'accouchement prévue :
11. Autres commentaires :

Date

Cachet

Signature