

CERTIFICAT MÉDICAL CONFIDENTIEL (CMC)

ANNULATION VOYAGE



Ce document doit être rempli et signé par le médecin traitant ou toute autre autorité médicale assermentée à la demande de son malade et par l'assuré lui-même pour la mise en jeu des garanties relevant d'un contrat d'assurances voyage.

Ce document est obligatoire à l'instruction de votre dossier

Afin d'accélérer l'instruction de votre dossier, ce questionnaire doit être impérativement complété de manière précise et exhaustive.

Jaune : à compléter par l'assuré

Bleu : à compléter par le médecin



À COMPLÉTER PAR L'ASSURÉ

N° DOSSIER INDEMNISATION : S.....

MALADE

Nom		Prénom		Age	
------------	--	---------------	--	------------	--

Salarié :		Travailleur non salarié :	
<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

Retraité :	
<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

Le malade devait-il participer au voyage ?	
<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

Si non, alors indiquez le lien de parenté avec le(s) voyageur(s) :			
<input type="checkbox"/> Conjoint(e), Concubin(e)	<input type="checkbox"/> Enfant, Petits-enfants	<input type="checkbox"/> Parent, Grands-Parents	
<input type="checkbox"/> Frère, Sœur	<input type="checkbox"/> Ami(e)	<input type="checkbox"/> Remplaçant professionnel	
<input type="checkbox"/> Autre (à préciser) :			

À COMPLÉTER PAR LE MÉDECIN (secret médical) (ou toute autre autorité médicale assermentée)

MOTIF MÉDICAL D'IMPOSSIBILITÉ À VOYAGER

Pathologie à l'origine de l'annulation (mention obligatoire)	
Date à laquelle vous avez été informé de l'impossibilité de voyager (mention obligatoire)	
Traitement prescrit ou joindre copie de l'ordonnance	

<u>Hospitalisation</u>		<u>Cessation de toute activité</u> (Professionnelle ou autre activité élémentaire)	
<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Date de début		Date de début	
Date de fin		Date de fin	

ANTÉCÉDENTS, HISTORIQUE DE LA MALADIE

Principaux antécédents en rapport avec le motif d'annulation	
Date de rechute	

SIGNATURE & CACHET DU MÉDECIN ET DE L'ASSURÉ

Du médecin ou de l'autorité médicale :

Date :
Signature :
Cachet du Médecin :

De l'assuré :

Date :
Signature :