

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..... (S+8 chiffres)

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 | |

| Hospitalisation | | Cessation de toute activité professionnelle | |
|--|------------------------------|---|---------------------------------|
| <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 | |
| <p>* <u>Si oui</u> → Merci de nous transmettre l'arrêt de travail</p> <p>**<u>Si non</u> → Merci de nous transmettre tout document justifiant de votre statut (justificatif de paiement de retraite, certificat de scolarité, extrait Kbis, attestation Pôle Emploi, ...)</p> <p><u>Si vous êtes en congés au moment de l'annulation</u> → merci de nous transmettre un certificat médical stipulant par le médecin que du fait de vos congés annuels, il ne vous a pas été prescrit d'arrêt maladie</p> | | | |

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 : |