

**ASSURANCE ANNULATION**

**CERTIFICAT MEDICAL**

**IMPORTANT**

Ce document doit être rempli par le médecin traitant à la demande de son malade pour la mise en jeu des garanties. Il doit être retourné sous pli fermé à l'attention du médecin conseil.

**IDENTIFICATION DU PATIENT**

*Nom* \_\_\_\_\_ *Prénom* \_\_\_\_\_ *né le:*  
\_\_\_\_\_

*Demeurant* \_\_\_\_\_

**Quels sont les antécédents médicaux de votre patient :**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

*Quel est son traitement habituel :* \_\_\_\_\_

**CONCERNANT LA MALADIE EN CAUSE DE L'ANNULATION**

**Nature de l'affection :** \_\_\_\_\_

**Date de la première manifestation :** \_\_\_\_\_

**Date à laquelle le séjour a été contre indiqué :** \_\_\_\_\_

**Date à laquelle le patient a été informé du diagnostic :** \_\_\_\_\_

**Date à laquelle les soins médicaux nécessaires ont été entrepris :** \_\_\_\_\_

**Quel traitement a été prescrit :** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Examens prescrits :** \_\_\_\_\_

**Dans le cas d'une grossesse, veuillez indiquer la date présumée du début de celle-ci: \_\_\_\_\_**

**Une hospitalisation a été nécessaire du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_**

**Un arrêt de travail a été nécessaire du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_**

Le \_\_\_\_\_

**Signature et Cachet du Médecin**