

CERTIFICAT MÉDICAL CONFIDENTIEL (CMC) ANNULATION VOYAGE



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

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

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		Arrêt de travail	
<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 :

De l'assuré :

Date :

Signature :

Ce document est strictement confidentiel et répond aux règles fixées par la Compagnie d'Assurance dans le cadre de notre mission de délégataire de gestion des sinistres.

