

N° DOSSIER ASSUR. VOYAGES : \_\_\_\_\_

(Indiquez votre référence de dossier svp)

## 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 relevant d'un contrat d'assurances voyage. Il doit être retourné sous pli fermé à Europ Assistance à l'attention du médecin conseil ICV - 1 promenade de la bonnette 92633 Gennevilliers Cedex

### LE PATIENT

NOM \_\_\_\_\_ PRENOM \_\_\_\_\_ AGE : \_\_\_\_\_

Demeurant \_\_\_\_\_

Profession : \_\_\_\_\_ Salarié(e) :  Oui  Non

Quels sont les antécédents médicaux de votre patient : \_\_\_\_\_

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

### CONCERNANT LA MALADIE OU L'ACCIDENT EN CAUSE DE L'ANNULATION

Nature de la pathologie ou de la lésion en lien avec l'annulation de la prestation \_\_\_\_\_

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

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

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

Traitement prescrit en rapport avec le motif d'annulation : \_\_\_\_\_

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

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

La pathologie ou la lésion du patient l'empêche-t-elle de voyager ?  Oui  Non

L'état de santé du patient s'est-il aggravé  Oui  Non – Si oui date de l'aggravation du ...../...../.....

Une hospitalisation est nécessaire  Oui  Non – Si oui dates de l'hospitalisation du ...../...../..... au ...../...../.....

Cette hospitalisation était-elle programmée  Oui  Non – Si oui date de la programmation ...../...../.....

Si le patient exerce une activité professionnelle, veuillez indiquer si l'état de santé autorisait de continuer à travailler au moment de l'annulation  Oui  Non

Si non dates de cessation d'activité professionnelle du ...../...../..... au ...../...../.....

Si le patient n'exerce pas une activité professionnelle, veuillez indiquer si l'état de santé autorisait à quitter le domicile au moment de l'annulation  Oui  Non

Si non dates d'interdiction de quitter le domicile en dehors des heures autorisées du ...../...../..... au ...../...../.....

Le \_\_\_\_\_

Signature et Cachet du Médecin