

DOSSIER MEDICAL « GARANTIE ANNULATION »

Nom du malade :

Nom de l'assuré :

Lien de parenté avec l'assuré :

Vos Références : IN/___-_____

AD/___-_____

Votre certificat du :

A remplir par le médecin sur la demande du patient et à lui remettre pour servir et faire valoir ce que de droit

1- De quelle affection exacte souffre votre patient ?

2- Quelle est la date exacte de découverte de la maladie?

...../...../.....

3- S'agit-il du premier épisode de cette affection ?

Oui Non

4- Depuis quelle date le malade souffrait-il avant de consulter un médecin (généraliste ou spécialiste) ?

...../...../.....

5- Quel traitement a été prescrit ?

6- Existe-t-il des pathologies associées ?

7- Existe-t-il des pathologies préexistantes ?

8- Le patient a-t-il consulté un autre médecin avant vous pour la même affection ? Oui Non

9- Si oui à quelle date ?

...../...../.....

10- A partir de quelle date les symptômes ou le traitement ont rendu le voyage impossible

...../...../.....

11- A cette date-là, pour quelle durée approximative (en jours) estimez-vous cet empêchement :

En vous remerciant par avance,

Veuillez agréer, Docteur, l'expression de nos salutations distinguées.

Date, cachet et signature.

**Document à remplir par le médecin et à
remettre au patient qui pourra l'adresser au Médecin
Conseil de la Compagnie (selon les dispositions de la
Loi n°2002-303 du 04 mars 2002 relative aux droits
du malade et à la qualité du système de santé)**