

## 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)**