

Annexe: Questionnaire médical (assurance des frais d'annulation de voyage d'Europ Assistance)

Ce questionnaire doit être rempli par le médecin en cas d'annulation pour maladie, accident ou grossesse.

Nom et prénom de l'assuré: _____ Date de naissance: JJ JJ MM MM AA AA

Nom et prénom du patient: _____ Date de naissance: JJ JJ MM MM AA AA

Diagnostic:

Quand sont apparus les premiers symptômes? Date: JJ JJ MM MM AA AA

Quand a eu lieu le premier traitement médical? Date: JJ JJ MM MM AA AA

S'agit-il d'un accident? oui non Date: JJ JJ MM MM AA AA

Quel traitement/quels médicaments a/ont été prescrit(s)?

Y a-t-il eu incapacité de travail? oui non Durée: _____

Le patient était-il en mesure de voyager au moment de la réservation? oui non

Quand le patient vous a-t-il informé de son voyage? Date: JJ JJ MM MM AA AA

Quand le patient a-t-il été informé de son incapacité à voyager? Date: JJ JJ MM MM AA AA

Une hospitalisation a-t-elle été programmée? oui non Date: JJ JJ MM MM AA AA

Une opération a-t-elle été programmée? oui non Date: JJ JJ MM MM AA AA

Quand le patient a-t-il été informé au sujet de l'opération? Date: JJ JJ MM MM AA AA

La patiente était-elle enceinte? Quand la grossesse a-t-elle été constatée? oui non Date: JJ JJ MM MM AA AA

Y a-t-il eu des complications durant la grossesse? oui non

Quels ont été les symptômes?

Une pathologie avait-elle déjà été diagnostiquée? oui non

Quels étaient les symptômes?

Quand a eu lieu le premier traitement? Date: JJ JJ MM MM AA AA

Quand a eu lieu le dernier traitement? Date: JJ JJ MM MM AA AA

Remarques importantes par rapport à la prétention à un dédommagement:

Lieu/date

Signature et cachet du médecin

Europ Assistance se réserve le droit de faire vérifier par son service médical l'exactitude des informations fournies.

**Prière d'envoyer ce formulaire à: Europ Assistance (Suisse) Assurances SA,
Service médical, Avenue Perdtemps 23, case postale 3200, CH-1260 Nyon 1**