

ANNULATION VOYAGE

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

À COMPLÉTER PAR L'ASSURÉ

N° DOSSIER INDEMNISATION : S (S + 8 chiffres)

Nom		Prénom		Age
Salarié : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		Travailleur non salarié : <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", indiquez le lien de parenté du patient avec l'assuré :	

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 de contre-indication à voyager ou à pratiquer des activités (mention obligatoire)																													
Traitement prescrit + joindre copie de l'ordonnance																													
<table border="1"> <tr> <td colspan="2">Hospitalisation</td> <td colspan="2">Cessation de toute activité professionnelle</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Oui</td> <td><input type="checkbox"/> Non</td> <td><input type="checkbox"/> Oui</td> <td>Date de l'arrêt de travail :</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Si programmée, date de la décision :</td> <td><input type="checkbox"/> Non</td> <td>Pour quelle raison ?</td> </tr> <tr> <td>Date de diagnostic :</td> <td>Date de la consultation :</td> <td colspan="2"> <p>Si oui : merci de nous transmettre l'arrêt de travail</p> <p>Si non : Merci de nous transmettre tout document justifiant de votre statut (justificatif de paiement de retraite, certificat de scolarité, extrait Kbis, attestation France Travail ...)</p> </td> </tr> <tr> <td colspan="2">Grossesse <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</td> <td colspan="2">Si vous êtes en congés au moment de l'annulation : merci de nous transmettre une validation de vos congés par votre employeur</td> </tr> <tr> <td>Date présumée de début de grossesse :</td> <td>Date de déclaration de grossesse :</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td colspan="4">En cas de complication de grossesse, date de la complication :</td> </tr> </table>		Hospitalisation		Cessation de toute activité professionnelle		<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	Date de l'arrêt de travail :	Si programmée, date de la décision :		<input type="checkbox"/> Non	Pour quelle raison ?	Date de diagnostic :	Date de la consultation :	<p>Si oui : merci de nous transmettre l'arrêt de travail</p> <p>Si non : Merci de nous transmettre tout document justifiant de votre statut (justificatif de paiement de retraite, certificat de scolarité, extrait Kbis, attestation France Travail ...)</p>		Grossesse <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		Si vous êtes en congés au moment de l'annulation : merci de nous transmettre une validation de vos congés par votre employeur		Date présumée de début de grossesse :	Date de déclaration de grossesse :			En cas de complication de grossesse, date de la complication :			
Hospitalisation		Cessation de toute activité professionnelle																											
<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	Date de l'arrêt de travail :																										
Si programmée, date de la décision :		<input type="checkbox"/> Non	Pour quelle raison ?																										
Date de diagnostic :	Date de la consultation :	<p>Si oui : merci de nous transmettre l'arrêt de travail</p> <p>Si non : Merci de nous transmettre tout document justifiant de votre statut (justificatif de paiement de retraite, certificat de scolarité, extrait Kbis, attestation France Travail ...)</p>																											
Grossesse <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		Si vous êtes en congés au moment de l'annulation : merci de nous transmettre une validation de vos congés par votre employeur																											
Date présumée de début de grossesse :	Date de déclaration de grossesse :																												
En cas de complication de grossesse, date de la complication :																													

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 :
Cachet du Médecin :

De l'assuré :

Date :
Signature :