



## FORMULAIRE MEDICAL ASSURANCE ANNULATION NoGo

À FAIRE COMPLETER PAR LE MEDECIN TRAITANT A LA DEMANDE DE L'ASSURE

Patient :

Adresse:

Date de naissance :

1. Raison d'annulation / modification :  maladie  accident
2. Description détaillée de la maladie / de l'accident ayant donné lieu à l'annulation / la modification :  
.....  
.....
3. Le patient a-t-il été ou doit-il être hospitalisé ? :  Oui  Non  
Si oui, quand : du ..... au .....
4. Date première consultation : .....
5. Durée prévisible des soins : .....
6. Médicaments prescrits : .....
7. Date à laquelle vous avez conseillé à l'assuré voyageur d'annuler le voyage planifié : .....  
Pourquoi ? .....
8. Le patient a-t-il été traité auparavant pour la même maladie ? :  Oui  Non  
Si oui, l'affection était-elle stabilisée ?  Oui  Non  
Si oui, depuis quand ? .....  
Si non, l'assuré était-il apte à entreprendre le voyage au moment de réservation le...../...../ 20..... ?  
 Oui  Non
- Commentaires : .....
9. En cas de grossesse, quelle est la date d'accouchement prévue : .....
10. Autres commentaires :

Date

Cachet

Signature