

VAB-Assistance Voyage Formulaire de déclaration Formulaire Medical

A COMPLÉTER PAR LE MÉDECIN Veuillez compléter le présent formulaire pour notre assuré et le lui remettre, éventuellement sous enveloppe fermée. Les formulaires incomplets retardent la procédure. On peut toujours faire appel à l'avis d'un médecin-conseil.



N° de police

N° de dossier

Nom du patient : Prénom :

Date de naissance :

Nom du voyageur : Prénom :

1. Date des premiers symptômes en cas de maladie ou date d'accident :

2. Motif de l'annulation : maladie accident décès

3. Description précise du diagnostic motivant l'annulation :

S'agit-il d'un état psychique, psychosomatique ou neuropathique ? Non Oui

S'agit-il d'un état chronique ? Non Oui, traitement du au

4. Examens pratiqués :

Nature des soins :

Nature de la médication :

Durée et fréquence :

Date de première demande de soins pour cette affection :

Date de dernière consultation :

Date de contre-indication :

(date à laquelle le voyage a été interdit)

5. Interruption des activités ? Non Oui du au inclus

6. Cette affection a-t-elle requis l'hospitalisation du patient ? Non Oui du au inclus

7. Le patient était-il déjà en traitement pour cette même affection ? Non Oui du au inclus

L'affection était-elle stabilisée ? Non Oui du

Est-il question ici d'un cas de récurrence ou de complication ? Non Oui du au inclus

8. Antécédents : Médicaux :

Chirurgicaux :

9. En cas de grossesse, date prévue de l'accouchement :

10. Remarques particulières :

Fait à , le

Cachet :

Signature :