

CUESTIONARIO MÉDICO

CANCELACIÓN DE VIAJE



A completar por el cliente



ENFERMO

Apellidos	Nombre	Edad
-----------	--------	------

¿El enfermo iba a participar en el viaje?

<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
-----------------------------	-----------------------------

Si no, indique el vínculo de parentesco con el/los viajero(s):

<input type="checkbox"/> Cónyuge, compañero/a sentimental	<input type="checkbox"/> Hijo/a, nieto/a	<input type="checkbox"/> Padre/madre, abuelo/a
<input type="checkbox"/> Hermano/a	<input type="checkbox"/> Amigo/a	<input type="checkbox"/> Sustituto profesional
<input type="checkbox"/> Otro (especificar):		

MOTIVO DE LA IMPOSIBILIDAD DE VIAJAR

Patología que ha dado lugar a la cancelación	
Fecha en la que se le informó de la imposibilidad de viajar	
Tratamiento prescrito o adjuntar copia de la receta médica	

Hospitalización

Baja laboral

<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Fecha de inicio		Fecha de inicio	
Fecha de finalización		Fecha de finalización	

ANTECEDENTES, HISTORIAL DE LA ENFERMEDAD

Principales antecedentes en relación con el motivo de cancelación	
Fecha de la recaída	

DOCUMENTOS INDISPENSABLES

(SE HAN DE ADJUNTAR A ESTE FORMULARIO)

Se han de adjuntar a cualquier solicitud:

<input type="checkbox"/> Informes médicos	<input type="checkbox"/> Certificados médicos
---	---

Como complemento, según los siguientes casos:

En caso de hospitalización	En caso de baja laboral
<input type="checkbox"/> Certificado de hospitalización	<input type="checkbox"/> Copia de la baja laboral
<input type="checkbox"/> Informe de la hospitalización	

En caso de complicación del embarazo:

<input type="checkbox"/> Resultado de la toma de muestra de sangre que indique el valor de la beta HCG	<input type="checkbox"/> Informe de la ecografía del 1º trimestre
--	---

FIRMA DEL CLIENTE

Certifico por mi honor la veracidad y exactitud de la información expuesta anteriormente.

Tengo conocimiento de que toda ocultación o declaración intencionadamente falsa o inexacta, así como toda omisión, implica la aplicación, según el caso, de las sanciones previstas en los artículos L113-8 y L113-9 del Código de Seguros, en el artículo 313-1* del Nuevo Código Penal y en el artículo 441-7** del Código Penal (relativo a las falsedades).

Fecha:

Firma: