

# QUESTIONNAIRE MÉDICAL

## ANNULATION VOYAGE



A compléter par le client



## MALADE

<b>Nom</b>		<b>Prénom</b>		<b>Age</b>	
------------	--	---------------	--	------------	--

**Le malade devait-il participer au voyage ?**

<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
------------------------------	------------------------------

**Si, non alors indiquez le lien de parenté avec le(s) voyageur(s) :**

<input type="checkbox"/> Conjoint(e), Concubin(e)	<input type="checkbox"/> Enfant, Petits-enfants	<input type="checkbox"/> Parent, Grands-Parents
<input type="checkbox"/> Frère, Sœur	<input type="checkbox"/> Ami(e)	<input type="checkbox"/> Remplaçant professionnel
<input type="checkbox"/> Autre (à préciser) :		

## MOTIF D'IMPOSSIBILITÉ À VOYAGER

<b>Pathologie à l'origine de l'annulation</b>	
<b>Date à laquelle vous avez été informé de l'impossibilité de voyager</b>	
<b>Traitement prescrit ou joindre copie de l'ordonnance</b>	

**Hospitalisation**

**Arrêt de travail**

<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
<b>Date de début</b>		<b>Date de début</b>	
<b>Date de fin</b>		<b>Date de fin</b>	

# ANTÉCÉDENTS, HISTORIQUE DE LA MALADIE

<b>Principaux antécédents en rapport avec le motif d'annulation</b>	
<b>Date de rechute</b>	

## DOCUMENTS INDISPENSABLES (A JOINDRE A CE FORMULAIRE)

### A joindre pour toute demande

<input type="checkbox"/> Compte-rendu d'examens	<input type="checkbox"/> Certificats Médicaux
---	---

### En complément selon les cas ci-dessous :

Si hospitalisation	Si arrêt de travail
<input type="checkbox"/> Bulletin d'hospitalisation	<input type="checkbox"/> Copie de l'arrêt de travail
<input type="checkbox"/> Compte-rendu d'hospitalisation	

### En cas de complication de grossesse

<input type="checkbox"/> Résultat du prélèvement sanguin indiquant le taux de beta SCG	<input type="checkbox"/> Compte rendu de l'échographie du 1 <sup>er</sup> trimestre
--	---

## SIGNATURE DU CLIENT

**Je certifie sur l'honneur la sincérité et l'exactitude des déclarations ci-dessus.**

Je suis informé(e) que toute réticence ou déclaration intentionnellement fausse ou inexacte, toute omission entraîne l'application, suivant les cas, des sanctions prévues aux articles L113-8 et L113-9 du Code des assurances à l'article 313-1\* du Nouveau Code pénal et à l'article 441-7 \*\* du code pénal (relatif aux faux).

**Date :**

**Signature :**