

# CERTIFICAT MÉDICAL CONFIDENTIEL (CMC)

## 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.

### Ce document est obligatoire à l'instruction de votre dossier

Afin d'accélérer l'instruction de votre dossier, ce questionnaire doit être impérativement complété de manière précise et exhaustive.

**Jaune : à compléter par l'assuré**

**Bleu : à compléter par le médecin**



## À COMPLÉTER PAR L'ASSURÉ

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

## MALADE

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

<b>Salarié :</b>		<b>Travailleur non salarié :</b>	
<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

<b>Retraité :</b>	
<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

<b>Le malade devait-il participer au voyage ?</b>	
<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

<b>Si non, alors indiquez le lien de parenté avec le(s) voyageur(s) :</b>			
<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) :			

# 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 ( <b>mention obligatoire</b> )	
Date de contre-indication à voyager ou à pratiquer des activités ( <b>mention obligatoire</b> )	
Traitement prescrit + joindre copie de l'ordonnance	

<u>Hospitalisation</u>		<u>Cessation de toute activité professionnelle</u>	
<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui *	<input type="checkbox"/> Non **
Date de début		Date de début	
Date de fin		Date de fin	
Si programmée	Date de la décision :		

\* Si oui → Merci de nous transmettre l'arrêt de travail  
\*\* Si non → Merci de nous transmettre tout document justifiant de votre statut (justificatif de paiement de retraite, certificat de scolarité, extrait Kbis, attestation Pôle Emploi, ...)  
Si vous êtes en congés au moment de l'annulation → merci de nous transmettre une validation de vos congés par votre employeur

## 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 :

Ce document est strictement confidentiel et répond aux règles fixées par la Compagnie d'Assurance dans le cadre de notre mission de délégataire de gestion des sinistres.