

RAPPORT MÉDICAL - ASSURANCE VOYAGE

Nom du preneur d'assurance

A compléter par le /la patient/e

PROCURATION: Le/la patient/e (ou son représentant légal) délègue les médecins traitants du secret médical vis-à-vis du médecin conseil de TSM ASSURANCES / ASSISTANCE

Lieu et date

Signature

Patient/e ou représentant légal

Le/la patient/e est-il/elle un/e accompagnant/e de l'assuré oui non

Degré de parenté:

Nombre de participants:

A compléter par le médecin traitant

Patient/e Nom - Prénom

Adresse

Date de naissance

Médecin Nom - Prénom

Adresse

Description

Maladie Accident Complications de grossesse

Date du début des symptômes

Date de 1^o consultation

Diagnostic détaillé

Description des traitements/soins

Durée de l'incapacité de voyager du au

L'état de santé était-il connu au moment de la réservation du voyage? oui non

S'agit-il d'une aggravation d'une affection chronique/préexistante? oui non

Le/la patiente vous a informé de l'intention d'entreprendre un voyage? oui non

Si oui à quelle date avez-vous été informé?

Une hospitalisation ou un traitement était-il programmé ? oui non

Grossesse : date présumée de l'accouchement?

Semaine d'aménorrhée?

Lieu et date

signature du médecin traitant

Veuillez transmettre ce formulaire à : claims@tsm-assistance.com