bien s'assurer pour mieux voyager

DOSSIER MEDICAL

Nom du malade:
Nos Références :
Nom de l'assuré :
Votre certificat du :

A remplir par le médecin
sur demande du patient et à lui remettre
pour servir et faire valoir ce que de droit

1- De quelle affection exacte souffre votre patient ?

2- Quelle est la date exacte de découverte de la maladie ?...../...../.....

3- S'agit-il du 1er épisode de cette affection ? ***Oui*** ***Non***

4- Depuis quelle date le malade souffrait-il avant de consulter un médecin (ou un chirurgien)?...../...../.....

5- Quel traitement a été prescrit ?

6- Existe-t-il des pathologies associées ?

7- Existe-t-il des pathologies préexistantes ?

8- Le patient a-t-il consulté un autre médecin avant vous pour la même affection ?

Oui ***Non***

Si oui, à quelle date ? ...../...../.....

En vous remerciant par avance,

Veuillez agréer, Docteur, l'expression de nos salutations distinguées.

Date, cachet et signature

Document à remplir par le médecin et à remettre au patient qui pourra l'adresser au médecin conseil de la compagnie.

CONFIDENTIEL MEDICAL

AVA Assurances-Voyages – 25, rue de Maubeuge – 75009 PARIS
Tél. 01 53 20 44 20 – Fax 01 42 85 33 69 – E-mail : info@ava.fr www.ava.fr
Garantie Finançière et Assurances de Responsabilité Civile Professionnelle conformes aux articles L530-1 et L530-2 du code des Assurances
S.A. à Directoire et Conseil de Surveillance au capital de 100.000 € - R.C.PARIS 322 869 637 ORIAS 07023453 www.orias.fr