Allianz Global Assistance (Suisse) · Hertistrasse 2 · CH-8304 Wallisellen
Tél +41 44 283 32 22 · Fax +41 44 283 31 19 · www.allianz-assistance.ch · claims@allianz-assistance.ch

Global Assistance

Allianz

Rapport médical d'assurance Frais d'annulation

N° de police. (veuillez joindre une copie) N° de dommage. (À remplir par Allianz Global Assistance)

1. a) Anamnèse avec la date de première consultation médicale (en cas de grossesse, date de sa constatation)

b) Diagnostics motivant l'incapacité de voyager avec la date du diagnostic (en cas de grossesse, indiquer la date prévue de la naissance)

c) À quelle date le patient vous a-t-il informé du voyage?

d) À quelle date le patient a-t-il été informé de son inaptitude à voyager?

e) État de santé jusqu'au moment de la réservation APTITUDE À VOYAGER? ☐ Oui ☐ Non

2. a) Des médicaments ont-ils été prescrits? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, lesquels?

b) Des traitements ou des vérifications complémentaires de l'état de santé ont-ils été prescrits? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, indiquez les dates

c) Une opération a-t-elle eu lieu? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, date de l'opération Date de fixation du rendez-vous

S'agissait-il d'un acte médical choisi? ☐ Oui ☐ Non

d) Autres thérapies/actions?

3. a) Un séjour en hôpital/clinique était-il requis? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, où? du au

b) Le patient était-il inapte à travailler? % ☐ Oui ☐ Non

Si oui, du/au/ sinon, motif

4. **Maladie ou accident de non-voyageurs**

Relation avec la personne assurée Date de naissance

Quand la maladie est-elle survenue (en cas d accident, veuillez indiquer la date de l'accident)? Diagnostic

Quand était-il perceptible pour la première fois que la présence de la personne assurée était nécessaire, au vu de l'état de santé du patient?

Lieu, Date Signature et tampon du médecin