

À remplir par le médecin. L'assuré est responsable de défrayer les frais engagés pour remplir ce formulaire.

NUMÉRO DE CONTRAT

Identification du patient

Nom	Prénom	Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Date de naissance année mois jour
-----	--------	---	--

Renseignements sur l'accident ou la maladie

Diagnostic ou nature de la blessure ou de la maladie : _____

Date de la blessure ou de l'apparition des premiers symptômes de la maladie : _____

Date de la première consultation : _____

La personne a-t-elle déjà souffert de cette maladie? Oui Non

Si oui, veuillez spécifier la date : _____

La personne a-t-elle été hospitalisée relativement à cette condition? Oui Non

Si oui, veuillez spécifier les dates : _____ au _____

Veuillez inscrire les dates d'examen ou de traitement pour cette condition depuis la première consultation :

Est-ce que cette condition est une complication d'une condition sous-jacente? Oui Non

Si oui, veuillez préciser : _____

Est-ce que la personne vous a été référée par un autre médecin? Oui Non

Nom et adresse du médecin référant : _____
 Si oui, veuillez indiquer la date de la référence : _____

Recommandation médicale quant à la capacité d'effectuer le voyage

Est-ce que la personne blessée ou malade est celle qui devait voyager? Oui Non

Si oui, est-ce que la personne était inapte à voyager en raison de cette maladie ou blessure? Oui Non

Veuillez indiquer la date à laquelle vous lui avez recommandé d'annuler son voyage : _____

Vous lui avez recommandé de ne pas voyager du _____ au _____

Précisez s'il y a d'autres raisons qui rendent cette personne inapte à voyager : _____

Commentaires

Identification et signature du médecin

Nom et adresse du médecin (en caractère d'imprimerie) : _____	Sceau du médecin
Spécialité : _____ Téléphone : _____	
Date : _____ Signature du médecin : _____	