

# VAB-Assurance Annulation | Formulaire Medical



**A COMPLÉTER PAR LE MÉDECIN** Veuillez compléter le présent formulaire pour notre assuré et le lui remettre, éventuellement sous enveloppe fermée. Les formulaires incomplets retardent la procédure. On peut toujours faire appel à l'avis d'un médecin-conseil.

N° de police

N° de dossier

Nom du patient  Prénom

Date de naissance

Nom du voyageur  Prénom

1. Date des premiers symptômes en cas de maladie ou date d'accident

2. Motif de l'annulation  maladie  accident  décès

3. Description précise du diagnostic motivant l'annulation

S'agit-il d'un état psychique, psychosomatique ou neuropathique?  Non  Oui

S'agit-il d'un état chronique?  Non  Oui, traitement du  au

4. Examens pratiqués

Nature des soins

Nature de la médication

Durée et fréquence

Date de première demande de soins pour cette affection

Date de dernière consultation

5. Interruption des activités?  Non  Oui du  au  inclus

6. Cette affection a-t-elle requis l'hospitalisation du patient?  Non  Oui du  au  inclus

7. Le patient était-il déjà en traitement pour cette même affection?  Non  Oui du  au  inclus

L'affection était-elle stabilisée?  Non  Oui du

Est-il question ici d'un cas de récurrence ou de complication?  Non  Oui du  au  inclus

8. Antécédents: Médicaux

Chirurgicaux

9. En cas de grossesse, date prévue de l'accouchement

10. Remarques particulières

Fait à  (lieu) le

Par la présente, j'autorise VAB à utiliser mes données de santé dans le cadre du traitement de mon dossier.

Cachet

Signature du médecin