

QUESTIONNAIRE MÉDICAL

À COMPLÉTER PAR LE MÉDECIN TRAITANT

VEUILLEZ TÉLÉCHARGER CE FORMULAIRE REMPLI ET SIGNÉ PAR VOTRE MÉDECIN TRAITANT À L'ÉTAPE 3 DE LA DÉCLARATION DE VOTRE SINISTRE SUR <https://www.trusttravel.be/fr/claim> DANS LES 30 JOURS CALENDRIER À PARTIR DE LA DATE D'ANNULATION OU LA DATE DE DÉPART DU VOYAGE ALLER

PATIENT

Nom: _____ Prénom: _____

Date de naissance: __/__/__

Lien entre l'assuré et le patient: _____

RAISON DE L'ANNULATION

☐ Maladie ☐ Décès ☐ Accident ☐ Grossesse

1. a. Date à laquelle se sont manifestés les premiers symptômes? __/__/__

b. Date précise de la première consultation / du premier constat de la maladie ou de l'accident: __/__/__

c. Veuillez préciser les symptômes et les constatations? _____

d. Quel est le diagnostic final? _____

e. Existe-t-il une cause sous-jacente? ☐ Non ☐ Oui, laquelle? _____ depuis __/__/__

f. Le patient est-il / a-t-il été hospitalisé? ☐ Non ☐ Oui, du __/__/__ jusqu'au __/__/__

g. Le patient a-t-il eu une consultation avec un médecin spécialisé? ☐ Non ☐ Oui, le __/__/__

Si la réponse à la question f) ou g) est "oui", nous vous demandons également d'ajouter le rapport d'hospitalisation et/ou le rapport de la consultation avec le spécialiste à la déclaration de sinistre en ligne. Si vous ne le faites pas, nous ne pourrons pas traiter votre sinistre et le délai d'attente s'allongera.

h. Des examens spécialisés ont-ils été effectués (veuillez ajouter la date de l'examen)? _____

i. Quels sont les médicaments ou traitements prescrits + durée et fréquence? _____

j. Le patient, était-il sous traitement à la date de la réservation? Si oui, quel traitement: _____

2. S'agit-il d'une dépression, d'un burn out ou d'une maladie psychique ou psychosomatique? ☐ Non ☐ Oui, laquelle _____ du __/__/__ jusqu'au __/__/__

Le patient, est-il / a-t-il été hospitalisé ou admis dans une institution? ☐ Non ☐ Oui, du __/__/__ jusqu'au __/__/__

3. En cas de grossesse (questions supplémentaires):

a. Date à laquelle la grossesse a été constatée? __/__/__

b. Date prévue de l'accouchement? __/__/__

c. S'agit-il d'une complication? ☐ Non ☐ Oui, depuis __/__/__

Veuillez spécifier la nature exacte de la complication _____

4. Le patient a-t-il reçu un traitement dans le passé pour cette maladie ou une maladie similaire?

☐ Non ☐ Oui, du __/__/__ jusqu'au __/__/__ laquelle? _____

5. La maladie était-elle stable au moment de la réservation? ☐ Non ☐ Oui, depuis __/__/__

6. Date à laquelle vous avez déconseillé à l'assuré d'entreprendre le voyage: __/__/__

Raison: _____

Du __/__/__ jusqu'au __/__/__ il n'est pas médicalement justifié d'entreprendre un voyage.

DATE + CACHET

SIGNATURE DU MEDECIN