



| |
|--|
| Numero dossier Agent: |
| Numéro dossier Inter Partner Assistance: |

Formulaire Médical

à renvoyer par le Médecin traitant au Médecin conseil d'Inter Partner Assistance

Avenue Louise, 166/1 – 1050 Bruxelles
Tél : 02/550.05.00 – Fax : 02/550.04.76 – Email : claims.ipa@ip-assistance.com

| |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">• <u>Concernant le voyageur :</u> Nom : _____ Prénom: _____ |
|--|

1. Date du début de l'impossibilité de voyager : / /
2. Raison de l'annulation : Maladie Accident

| |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">• <u>Concernant le patient :</u> Nom : _____ Prénom: _____ Date naissance : / / |
|--|

Description détaillée de l'affection, cause de l'annulation :

| |
|---|
| <u>Diagnostic :</u> |
| - Nature des soins : |
| - Examen pratiqué : |
| - Nature du traitement : |
| - Date à laquelle le patient a été soigné la 1ère fois pour cette affection : / / |
| - Date de la dernière consultation : / / |

Sortie :

| |
|---|
| <input type="radio"/> Autorisée <input type="radio"/> Interdite du / / au / / |
|---|

Les activités doivent-elles être restreintes ?

| |
|--|
| <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui, du / / au / / |
|--|

Le patient doit-il être hospitalisé ?

| |
|--|
| <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui, du / / au / / |
|--|

Le patient a-t-il été traité auparavant pour la même affection ?

| |
|--|
| <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui, du / / au / / |
|--|

Antécédents :

| |
|----------------------------------|
| - Médicaux : - Chirurgicaux : |
|----------------------------------|

En cas de grossesse :

| |
|--|
| - Terme prévu le : / / |
|--|

Renseignements complémentaires :

Date : / /

Cachet

Signature