



## Formulaire médical assurance Annulation NoGo

A compléter par le patient ou son représentant légal :

Pour l'exécution du contrat d'assurance, la gestion des sinistres, la gestion des réclamations et le règlement éventuel des litiges, Europ Assistance Belgium traite vos données de santé. Ces données ne peuvent être traitées qu'avec votre autorisation. A défaut, la bonne exécution du contrat peut être empêchée.

Je, GRINARD, FRANCIS (nom, prénom) donne par la présente mon autorisation explicite à Europ Assistance Belgium de traiter mes données de santé (ou celles du mineur ..... (nom, prénom) dont je suis le représentant légal) sans intervention du professionnel de santé pour l'exécution du contrat d'assurance, la gestion des sinistres, la gestion des réclamations et le règlement éventuel de litiges.

Date et signature : 16.02.2022

**Avertissement :** Toute personne qui, dans l'intention de frauder ou de faciliter sciemment la fraude contre un assureur, soumet ou fait une réclamation contenant une déclaration fausse ou frauduleuse, ou cache des informations à des fins de tromperie, peut être coupable de fraude à l'assurance et fera l'objet de poursuites pénales et/ou d'indemnisation.

A faire compléter par le médecin traitant à la demande de l'assuré

Patient : GRINARD, FRANCIS

Adresse : 19. rue des QUAIREDLES 5650. WOLCAU

Date de naissance : 29.05.1954

- 1. Raison d'annulation / modification :  maladie     accident
- 2. Description détaillée de la maladie / de l'accident ayant donné lieu à l'annulation / la modification :

myelo dysplasie métronidazole une allergie de meelle

Europ Assistance Belgium traite vos données de santé en vue de l'exécution du contrat d'assurance, la gestion des indemnisations, la gestion des plaintes et un éventuel contentieux. Ces données ne peuvent être traitées qu'avec votre consentement. A défaut d'avoir ce dernier, la bonne exécution du contrat pourrait être empêchée. Par la présente je donne mon accord explicite à Europ Assistance de traiter mes données de santé (ou les données de santé d'un mineur dont je suis le représentant légal) sans intervention d'un médecin en vue de l'exécution du contrat d'assurance, la gestion des indemnisations, la gestion des plaintes et un éventuel contentieux.





3. Le patient a-t-il été ou doit-il être hospitalisé ?  Oui  Non  
Si oui, quand ? Du ..... au .....
4. Date de la première consultation : ..... *09/12/2021* .....
5. Avez-vous personnellement ausculté le patient ?  Oui  Non
6. Durée prévisible des soins : ..... *J'en* .....
7. Médicaments prescrits : ..... *alloprofe de moelle* .....
8. Date à laquelle vous avez conseillé à l'assuré voyageur d'annuler le voyage planifié :  
..... *09/12/2021* .....
- Pourquoi ? ..... *diagnostic* .....
9. Le patient a-t-il été traité auparavant pour la même maladie ?  Oui  Non  
Si oui, l'affection était-elle stabilisée ?  Oui  Non  
Si oui, depuis quand ? .....
10. L'assuré était-il apte à entreprendre le voyage au moment de la réservation le *22/06/2021* ?  
 Oui  Non
- Commentaires : ..... *diagnostic brutale* .....
11. En cas de grossesse, quelle est la date d'accouchement prévue : .....
12. Autres commentaires :  
.....  
.....  
.....

Date :

*16/02/2022*

Cachet :

**U.C.L. MONT-GODINNE**  
F. ... (HEMATO)  
N° ... (0910?)

Signature :


