

CANCELACION MEDICA

Este documento debe ser relleno y firmado por el médico de cabecera u otra autoridad médica asermeentada tras la petición de su paciente y por el propio asegurado para la aplicación de las garantías correspondientes a un contrato de seguro de viaje.

A COMPLETAR POR EL ASEGURADO

NNº DOSSIER INDEMNISACION : S (S + 8 numeros)

Apellidos		Nombre		Edad
Asalariado : <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		Sin empleo : <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		Retirado : <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
La persona enferma iba de viaje ? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		En caso negativo, indique el parentesco del paciente con el asegurado :		

A COMPLETAR POR EL MEDICO (secreto medico)

(o cualquier otra atutoridad medica asermentada)

MOTIVO MEDICO QUE IMPIDIO VIAJAR

Patologia que le condujo a cancelar (mencion obligatoria)	
Fecha de contraindicación para viajar o practicar actividades (mencion obligatoria)	
Tratamiento prescrito + adjunta copia de la receta medica	

<u>Hospitalizacion</u> <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		<u>Cese de toda actividad profesional</u>	
Si está previsto, fecha de la decisión :		<input type="checkbox"/> Si	Fecha del paro :
Fecha de diagnóstico :	Fecha de consulta :	<input type="checkbox"/> No	¿A qué se debe?
<u>Embarazo</u> <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		Si : Debera de enviarnos su baja medica	
Fecha prevista de inicio del embarazo :	Fecha de declaración del embarazo :	No : Debera de enviarnos todo documento administrativo que justifique que no es aselariado (justificativo de retiro, certificado de escolaridad, extrato de estatuto de su empresa, justificativo de paro, ...)	
En caso de complicación del embarazo, fecha de la complicación :		Si usted se encuentra en vacaciones : debera de enviarnos un justificativo de su empresa que precise las fechas de sus vacaciones	

ANTECEDENTES, RELATO DE LA ENFERMEDAD

Principales antecedentes en relation con el motivo medico de su cancelacion viaje	
Fecha de recaida	

FIRMA Y SELLO DEL MEDICO QUE RELLENO EL CMC

Del medico o de la autoridad medica :

Fecha :
 Firma :
 Sello del Medico :

Del asegurado :

Fecha :
 Firma :