

CERTIFICADO MEDICO CONFIDENCIAL (CMC)

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.

Este documento es obligatorio para la instrucción de su expediente

Para acelerar la tramitación de su expediente, este cuestionario debera de se completado de manera precisa y exhaustiva.

Amarillo : a completar por el asegurado

Azul : a completar por un medico



A COMPLETAR POR EL ASEGURADO

Nº DOSSIER INDEMNISACION : S..... (S+8 numeros)

ENFERMO

Apellidos	Nombre	Edad
-----------	--------	------

Asalariado :		Sin empleo :	
<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<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

Si no, por favor indicarnos cual es el lazo de parentesco con los viajantes :		
<input type="checkbox"/> Conjuge	<input type="checkbox"/> Hijo, Nietos	<input type="checkbox"/> Padres, Abuelos
<input type="checkbox"/> Hermano, hermana	<input type="checkbox"/> Amigo (a)	<input type="checkbox"/> Reemplazante profesional
<input type="checkbox"/> Otro (precisar) :		

A COMPLETAR POR EL MEDICO (secreto medico)

(o cualquier otra autoridad 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>		<u>Paro de toda actividad profesional :</u>	
<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si *	<input type="checkbox"/> No **
Fecha de Ingreso		Fecha de Inicio	
Fecha de salida		Fecha de fin	
Si programada	Fecha de la decision :		

* Si → Debera de enviarnos su baja medica
** 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, ...)
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 :

Este documento es estrictamente confidencial y responde a las normas establecidas por la Compañía de Seguros en el marco de nuestra misión de delegatario de gestión de siniestros.