



Votre partenaire
santé partout
dans le monde

TravelCover

VOTRE PARTENAIRE SANTE PARTOUT DANS LE MONDE

QUESTIONNAIRE MEDICAL

Madame, Monsieur,

Afin de régulariser votre souscription selon l'article 8.1.1 des Conditions Générales du plan Golden Care TravelCover, nous vous prions de nous retourner le questionnaire médical ci-après, dûment rempli et signé.

Nom : _____

Prénom : _____

Date de naissance : ____/____/____

1. Poids (kg) : _____

Taille (cm) : _____

2. Tension artérielle : normal

Si non, quelle est votre tension :

3. Etes-vous en bonne santé ?

Oui Non

4. Avez-vous consulté un médecin ou été hospitalisé durant les 3 dernières années ?

Oui Non

5. Etes-vous atteint d'une malformation de naissance, d'une maladie chronique, d'une maladie congénitale ou souffrez-vous des séquelles de maladies ou d'accidents ?

Oui Non

6. Une anomalie lors d'examens biologiques a-t-elle déjà été constatée ?

Oui Non

7. Une affection des organes respiratoires ou cardio-vasculaires a-t-elle été constatée ?

Oui Non

8. Etes-vous actuellement sous traitement, sous contrôle médical ou prenez-vous des médicaments ?

Oui Non

9. Devez-vous subir une opération ou un traitement médical durant les prochains mois ?

Oui Non

POUR LES FEMMES :

10. Etes-vous enceinte ou pensez-vous être enceinte ?

Oui Non

11. Avez-vous déjà souffert d'une maladie gynécologique / d'un cancer du sein ?

Oui Non

DECLARATION MEDICALE (si vous avez répondu "Oui" à une ou plusieurs des questions 4 à 11) :

Question N°	Date de l'événement	Diagnostic	Nature des traitements reçus	Etat actuel	Traitements prévus

Signature : _____

Lieu : _____

Date : ____/____/____

Dans l'attente de ce document, nous vous prions d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de nos salutations distinguées.

Affaire suivie par :

Golden Care Service