



N° de police

A renvoyer par le médecin traitant au médecin conseil d'Inter Partner Assistance  
Avenue Louise, 166/1 – 1050 Bruxelles - [claims@sunassistance.com](mailto:claims@sunassistance.com)  
Tél : + 32 (0)2.642.45.48 – Fax : +32 (0)2.550.04.76

**Concernant le voyageur**

Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

**Concernant le patient**

Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

Date de naissance \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Date du début de l'impossibilité de voyager \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Raison de l'annulation  Maladie  Accident

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

**Diagnostic**

Nature des soins

---

---

Examen(s) pratiqué(s)

---

---

Nature du traitement

---

---

Date à laquelle le patient a été soigné la 1ère fois pour cette affection \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Date de la dernière consultation \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**Sortie :**

---

Autorisée  Interdite du \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ au \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**Les activités doivent-elles être restreintes ?**

---

Non  Oui du \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ au \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**Le patient doit-il être hospitalisé ?**

---

Non  Oui du \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ au \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

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

---

Non  Oui du \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ au \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**Antécédents médicaux**

---

---

---

---

---

---

**En cas de grossesse :**

---

Terme prévu le \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**Renseignements complémentaires**

---

---

---

---

---

---

Date : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Cachet

Signature

---

---