

# CERTIFICATO MEDICO RISERVATO (CMC)

## ANNULLAMENTO DEL VIAGGIO

Questo documento deve essere compilato e firmato dal medico curante o da un'altra autorità medica giurata su richiesta del malato, e dall'assicurato stesso per attivare le garanzie di un contratto di assicurazione di viaggio.

### Questo documento è obbligatorio per l'elaborazione della pratica

Per accelerare l'elaborazione della pratica, il presente questionario deve essere compilato in modo accurato ed esaustivo.

**Giallo: da compilare a cura dell'assicurato**

**Blu: da compilare a cura del medico**



## DA COMPILARE A CURA DELL'ASSICURATO

FASCICOLO DI INDENNIZZO N.: S..... (S+8 cifre)

### MALATO

Cognome		Nome		Età	
---------	--	------	--	-----	--

<b>Dipendente:</b>		<b>Lavoratore non dipendente:</b>	
<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No

<b>In pensione:</b>	
<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No

<b>Il paziente doveva partecipare al viaggio?</b>	
<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No

<b>Se non doveva partecipare, indicare il rapporto di parentela con il/i viaggiatore/i:</b>			
<input type="checkbox"/> Coniuge o partner	<input type="checkbox"/> Figli, nipoti	<input type="checkbox"/> Genitori, nonni	
<input type="checkbox"/> Fratello, sorella	<input type="checkbox"/> Amico/a	<input type="checkbox"/> Sostituzione professionale	
<input type="checkbox"/> Altro (specificare):			

# DA COMPILARE A CURA DEL MEDICO (segreto professionale)

(o qualsiasi altra autorità medica giurata)

## MOTIVO MEDICO DELL'IMPOSSIBILITÀ DI VIAGGIARE

Patologia causa dell'annullamento (deve essere indicata)	
Data della controindicazione al viaggio o alle attività (obbligatorio)	
Trattamento prescritto + allegare copia della prescrizione	

<u>Ricovero ospedaliero</u>		<u>Cessazione di ogni attività professionale</u>	
<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì *	<input type="checkbox"/> No **
Data di inizio		Data di inizio	
Data di fine		Data di fine	
Se programmata	Data della decisione :		

\* **Se sì** → Si prega di inviare il certificato medico  
\*\* **In caso contrario** → Si prega di inviare qualsiasi documento comprovante il proprio status (prova di pagamento della pensione, certificazione di frequenza scolastica, visura camerale, attestazione stato di disoccupazione, ecc.)  
**Se si trova in vacanza al momento dell'annullamento** → si prega di inviare un certificato medico che attesti che non le è stato prescritto un congedo per malattia a seguito delle sue ferie annuali

## PRECEDENTI DELLA MALATTIA

Precedenti principali in relazione al motivo dell'annullamento	
Data della ricaduta	

## FIRMA & TIMBRO DEL MEDICO E DELL'ASSICURATO

Del medico o dell'autorità medica:

Data:
Firma:
Timbro del Medico:

Dall'assicurato:

Data:
Firma:

*Questo documento è strettamente confidenziale e rispetta le regole stabilite dalla compagnia di assicurazione nell'ambito della nostra missione di delegati alla gestione dei sinistri.*