

## Déclaration du médecin traitant



**Service des réclamations :** Red Sky Claims, C/O Arch Insurance Company  
Executive Plaza IV, 11350 McCormick Road, Suite 102, Hunt Valley, MD 21031



**N° de téléphone :** 1-844-800-2486 | **Télécopieur :** 443 279-2901 | **Courriel :** redsky@archinsurance.com

### Section 1 : À remplir par le demandeur/assuré

#### À propos du demandeur

Nom du demandeur/assuré		Numéro de police		
Adresse (rue, ville, État/province, code postal/zip)				
Sexe	Homme <input type="checkbox"/>	Femme <input type="checkbox"/>	Date de naissance	Date de départ pour le voyage
Date d'achat de la police				

#### À propos du patient - Remplir seulement si différent de l'assuré

Nom du patient		
Le patient voyageait-il avec l'assuré?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Relation entre le patient et l'assuré		

### Section 2 : À remplir par le médecin

#### À propos du diagnostic et du traitement

Diagnostic/Code ICD-9 (diagnostic primaire)	
Diagnostic/Code ICD-9 (diagnostic secondaire)	
Date d'apparition des premiers symptômes	Date de la première consultation par ce patient pour ce problème de santé
Le patient a-t-il déjà eu ce problème auparavant?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Si oui, quand?
Ce problème est-il une exacerbation d'une complication résultant d'un problème existant?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Si oui, quel était ce problème de santé?
Si le patient a été recommandé <b>par</b> un autre médecin, nom et numéro de téléphone de ce médecin	
Si le patient a été recommandé <b>à</b> un autre médecin, nom et numéro de téléphone de ce médecin	
Date des consultations médicales liées au problème ayant causé l'annulation ou l'interruption du voyage.	
Date de la consultation	Décrire le problème/le traitement
_____	_____
_____	_____
_____	_____
Le patient a-t-il été hospitalisé pour ce problème ou pour des problèmes connexes au cours des 12 derniers mois?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Si oui, la date d'admission et la date de sortie?

#### À propos du problème de santé dans son lien avec le voyage

L'assuré/le voyageur a-t-il été dans l'impossibilité de voyager à la date d'achat de la police indiquée dans la section 1 ci-dessus?		Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Si le patient était le voyageur, avez-vous avisé le patient d'annuler ou d'interrompre le voyage en raison de ce problème de santé?		Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Si oui, veuillez préciser :	Sinon, quelle était la date raisonnable d'annulation/interruption de voyage pour le patient?		
Date à laquelle vous avez avisé le patient d'annuler le voyage :			

## Déclaration du médecin traitant



Service des réclamations : Red Sky Claims, C/O Arch Insurance Company  
Executive Plaza IV, 11350 McCormick Road, Suite 102, Hunt Valley, MD 21031

N° de téléphone : 1-844-800-2486 | Télécopieur : 443 279-2901 | Courriel : redsky@archinsurance.com



### Section 2, suite : À remplir par le médecin

#### À propos du problème de santé dans son lien avec le voyage, suite

Si le patient n'était pas le voyageur, avez-vous avisé le voyageur d'annuler ou d'interrompre le voyage en raison du problème de santé du non-voyageur? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Si oui, veuillez préciser :	Sinon, quelle était la date raisonnable d'annulation/interruption de voyage pour le patient?
Date à laquelle vous avez avisé le voyageur d'annuler le voyage :	
Si le problème de santé était lié à la grossesse, quand cette grossesse a-t-elle été diagnostiquée?	Si le problème est lié à la grossesse, date prévue de l'accouchement
Le patient a-t-il été hospitalisé au cours de son voyage? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Était-ce une admission en salle d'urgence? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Nom et emplacement de l'hôpital	
Date d'admission	Date de sortie

#### Renseignements sur le médecin et sa signature

Veuillez noter : Tous les renseignements demandés ci-dessus sont nécessaires pour le traitement de la demande du demandeur/de l'assuré. Tout élément omis entraînera un retard dans le traitement.

Veuillez joindre les copies des dossiers de bureau sur le patient pour les six mois précédant la date de départ pour ce voyage.

Toute personne qui tente sciemment ou qui a l'intention de nuire à, frauder ou tromper toute compagnie d'assurance, ou qui envoie une demande contenant des renseignements faux, incomplets ou trompeurs pourra être déclarée coupable d'un acte criminel puni par la loi.

J'ai lu ce qui précède et les réponses ci-dessus sont exactes et complètes selon ma connaissance.

Signature du médecin		Date	
Nom du médecin			
Numéro de licence		Spécialité	
Numéro de téléphone		Numéro de télécopieur	