

PROPOSITION D'ASSURANCE VOYAGE

1. ASSURE :

Nom : Prénoms : Sexe : M () F ()

Profession/Occupation :
.....

Né (e) le/...../..... Nationalité : Passeport N°

Adresse :

Résidence : Tél. : Fax :

2. LE VOYAGE :

- Pays à visiter :
.....

- Moyen de transport :

- Durée du voyage :
(Du au)

Fait à le.....

Assuré
(Nom et Signature)

Cadre réservé à la Compagnie

- Prime à payer : Prime nette :
T.V.A. :
Accessoires :
Prime totale :

- N° de police :

Signature

QUESTIONNAIRE SUR L'ETAT DE SANTE

La personne à assurer doit répondre personnellement, clairement, sans rature ni surcharge à chaque question. Un simple trait de plume n'est pas suffisant.

Mettre une croix dans la case vierge correspondant à la réponse convenable En cas de réponse positive donnez les précisions demandées en utilisant si nécessaire une feuille annexe.

1	Etes-vous actuellement en arrêt de travail suite à une maladie ou un accident ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> depuis quelle date ?.....
2	Au cours des 3 derniers mois, avez-vous dû interrompre votre travail plus de 8 jours consécutifs pour maladie ou accident ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> A quelle date ?..... Pour quels motifs Durée total des arrêts de travail :
3	Suivez-vous actuellement un traitement médical ou un régime ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Lequel ?..... Pour quels motifs depuis quelle date ?
4	Au cours des 6 derniers mois, avez-vous suivi un traitement médical ou un régime ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Lequel ?..... Pour quels motifs Pendant quelles durées ? :.....
5	Au cours des 3 derniers mois, avez-vous séjourné dans un établissement hospitalier (hôpital, clinique, maison de santé (etc.) ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> A quelle date ?..... Pour quels motifs ?..... Pendant quelles durées ?.....
6	Au cours des 6 derniers mois, avez-vous subi des interventions chirurgicales ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> A quelle date ?..... Pour quels motifs
7	Devez-vous subir une intervention chirurgicale ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Date prévue ?..... Motifs
8	Etes-vous atteint d'une infirmité ou d'une invalidité ou d'une maladie chronique ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Laquelle ?..... Depuis quelle date ?
		Taux de la pension ?.....Servie par.....

Je certifie avoir répondu sincèrement, sans aucune réticence et n'avoir rien dissimulé sur mon état de santé passé ou actuel et prends acte que toute réticence ou fausse déclaration de ma part entraînera la nullité du contrat, j'autorise expressément la Compagnie à prendre toutes informations qu'elle jugerait utiles et nécessaires auprès des médecins qui m'ont soigné. J'autorise ces médecins à communiquer à la Compagnie tous les renseignements demandés. Je déclare avoir reçu et lu la notice d'information concernant le contrat.

Fait à, le..... Signature de la personne à assurer
Précédée de la mention « Lu et approuvé »