



PROPOSITION D'ASSURANCE INDIVIDUELLE SOUS LE PROGRAMME ILA

PROPOSITION MEDICALE ET QUESTIONNAIRE

I – Information personnelle

| | | | |
|------------------------------------|--------------------------------|--------------------------------------|--|
| Nom du Souscripteur : | | | |
| | <i>Prénom</i> | <i>Prénom du père</i> | <i>Nom de famille</i> |
| Occupation : | | | Nationalité : |
| Adresse en Afrique : | <i>(Pays de résidence)</i> | | |
| Adresse au pays d'origine : | | | |
| Etat civil : | Marié <input type="checkbox"/> | Célibataire <input type="checkbox"/> | Divorcé <input type="checkbox"/> Veuf <input type="checkbox"/> |
| Téléphone(s) : | <i>Fixe</i> | <i>cellulaire</i> | Email(s) : |

II – Couverture d'assurance requise et membre de la famille à assurer

Merci de choisir la Classe d'Hospitalisation et les couvertures additionnelles :

A **B** **S** **AMB 85%** **AMB 100%** **PM 85%** **DV**

| | Nom | Sexe M / F | Taille en cm | Poids en kg | DDN JJ - MMM - AA |
|--------------------|------------|----------------------|------------------------|-----------------------|-----------------------------|
| <i>Principal</i> : | | | | | |
| <i>Epouse</i> : | | | | | |
| <i>Enfant</i> : | | | | | |
| <i>Enfant</i> : | | | | | |
| <i>Enfant</i> : | | | | | |
| <i>Enfant</i> : | | | | | |
| <i>Enfant</i> : | | | | | |

III – Questionnaire Médical (à compléter pour tous les membres de la famille à assurer)

Est-ce que vous, ou un membre de votre famille à assurer, avez jamais été diagnostiqué ou avez-vous reçu un traitement quelconque (hospitalisation ou chirurgie), ou sentit un gêne ou mal ou un symptôme pouvant indiquer :

| | Oui | Non | | Oui | Non |
|---|-----|-----|---|-----|-----|
| 1 – Maladies Circulatoires ou cardiaques (Hypertension, arythmie, souffle cardiaque, infarctus, etc.) | | | 8 - Sang, Maladies Ganglionnaires ou Dermatologiques (Anémie, hémophilie, adénopathie, eczéma, herpes, etc.) | | |
| 2 – Maladies Respiratoires ou allergiques (Asthme, bronchite, emphysème, pneumonie, tuberculose, etc.) | | | 9 – Maladies des Yeux, du Nez & de la Gorge (Glaucome, rétinopathie, vertige, laryngite, sinusite, etc.) | | |
| 3 – Maladies du Système Digestif (Constipation, diarrhée, hépatite, ulcère, pancréatite, etc.) | | | 10 – Maladies Sexuellement Transmissibles (SIDA, HIV, gonorrhée, syphilis, etc.) | | |
| 4 – Maladies Rénales ou Urinaires (Néphrites, stones, coliques néphrétiques, albuminurie, hématurie, etc.) | | | 11 - Tumeurs ou Gonflement (Fibrome, kyste, lipome, cancer, etc.) | | |
| 5 – Maladies Ostéo-articulaires, maladies de la hanche ou de la colonne vertébrale (Scoliose, rhumatisme, hernie discale etc.) | | | 12 – Autres maladies, Opération passée/future, accident ou traitement pas mentionné ci-dessus. | | |
| 6 – Maladies Neurologiques ou Métaboliques (Épilepsie, méningite, anévrisme, paralysie, etc.) | | | 13 – Maladies Psychiques (Dépression nerveuse, fatigue, insomnie, psychose etc.) | | |
| 7 – Maladies Endocriniennes (Goitre, nodules, diabète, cholestérol, etc.) | | | 14 – Anomalies Congénitales héréditaire/génétique | | |

- Pour les femmes : est-ce-que vous êtes enceinte actuellement : Oui Non
Si OUI, quelle est la date prévue de votre accouchement ?

- Pour le Souscripteur et l'époux (se) : quelle est votre consommation journalière relative à

- o Tabagisme : Souscripteur Epoux (se)
- o Alcool : Souscripteur Epoux (se)

En cas de réponse par OUI à n'importe quelles conditions/maladies ci-dessus ou en cas de prise de médicament de manière chronique, merci de donner tous les détails sur la feuille ci-dessous

J'autorise mon médecin, institut hospitalier ou toute autre organisation ou personne ayant une information sur ma santé et mes activités (Ainsi que ceux des membres de ma famille cités ci-dessus), de les fournir à la compagnie d'assurance et/ou au tiers gérant. Ceci comprendra des informations hospitalières, et toute autre information relative à un avis médical, diagnostique ou traitement. Une photocopie de cette autorisation à la même validité que l'originale.

Je déclare que mes réponses aux questions sont vraies au meilleur de mes connaissances, que j'ai dévoilé toutes les particularités pouvant affecter l'appréciation du risque. Je consens que cette proposition et cette déclaration forment la base du contrat d'assurance entre moi et la compagnie d'assurance suivant les lois applicables.

Date / /

Nom et Signature



Si vous avez répondu par OUI à n'importe quelle Question Médicale ci-dessus, merci de donner tous les détails ci-dessous :

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

14

Nom de Souscripteur

Signature