

SOUSCRIPTEUR

Nom ou raison sociale

ADHÉRENT(E)

Prénom

Nom

Postnom

Genre Homme Femme

Lieu et date de naissance

Nationalité

Profession

Pièce identité Carte électeur Permis de conduire Passeport Autre

Numéro de la pièce _____ Lieu et date délivrance _____, le ____ / ____ / ____

Adresse de résidence

Téléphone

Email

Banque

Numéro de compte [][][][][] - [][][][][] - [][][][][][][][][][][][][][][] - [][][]

Intitulé de compte

GARANTIE

Décès ou invalidité absolue définitive toutes causes

CARACTÉRISTIQUE DU CRÉDIT (SECTION RÉSERVÉE À LA BANQUE)

Durée différé (en mois)

Montant du capital (en USD)

Taux d'intérêt annuel du crédit

Date effet du contrat Le ____ / ____ / ____

Date d'échéance du contrat Le ____ / ____ / ____

Durée (en mois)

Modalités Amortissement constant Annuité constante

Siège social: 10, boulevard du 30 Juin, Gombe, Kinshasa, RDC

Tél.: +243 82 000 7454 | **Tél.:** +243 97 000 0324 | **E-mail:** info@afriissur.cd | www.afriissur.cd

RCCM: CD/KNG/RCCM/19-B-01070 - **Id Nat:** 01-K6500-N48064X - **N° impôt:** A1914753H - **Capital social:** CDF.16.500.000.000 (Équivalent à USD.10.000.000)

QUESTIONNAIRE MÉDICAL - 1/2

Chaque question nécessite obligatoirement une réponse OUI ou NON: cocher la réponse adéquate. Pour toute réponse OUI, le proposant est invité à apporter les précisions complémentaires.				
1	Veillez indiquer		Taille	Poids
			cm	kg
		OUI	NON	
2	Y a-t-il dans votre famille un antécédent de maladie cardiaque, vasculaire, neurologique, psychiatrique, de cancer ou de diabète?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Précisez: _____
3	Suivez-vous actuellement un traitement?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Le(s) quel(s) - Depuis quand et pourquoi? _____
4	Souffrez-vous ou avez-vous été atteint d'une maladie de l'appareil digestif, cardio-vasculaire, respiratoire, du système nerveux, de l'appareil génito-urinaire, d'une maladie endocrinienne ou métabolique, neuropsychique, des os et des articulations ou de toute autre maladie non citée ci-dessus?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Précisez: _____ _____ _____
5	Consommez-vous des boissons alcoolisées quotidiennement (bière, vin, apéritif)? Etes-vous fumeur?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Quantités journalières: _____ _____
6	Avez-vous été victime d'accident (d'automobile ou autre)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Précisez dates, séquelles,... _____ _____
7	Etes-vous titulaire d'une pension d'invalidité? Une procédure de mise en invalidité est-elle ou va-t-elle être engagée?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Depuis quand - motif - taux d'invalidité (préciser à titre civil ou militaire) _____ _____
8	Etes-vous actuellement en arrêt de travail? Durant les 5 dernières années avez-vous dû interrompre votre travail pendant plus de 3 semaines consécutives?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Depuis quand - motif - date de reprise prévisible? _____ _____ Quand - durée de chaque arrêt - motif? _____ _____
AU COURS DES DIX (10) DERNIÈRES ANNÉES				
9	Avez-vous fait des séjours en milieu hospitalier ou suivi un traitement spécialisé tel que rayons, chimiothérapie, immunothérapie ou cobaltothérapie,...? Avez-vous subi des transfusions de sang, de dérivés sanguins, des examens médicaux (analyse de sang, d'urine, électrocardiogramme, radiographie)? Avez-vous subi un test de dépistage des sérologies, en particulier pour les virus des hépatites B et C ou pour celui de l'immunodéficience humaine (VIH) dont le résultat a été positif?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Dates - durées - motifs - résultats? _____ _____ Test(s), résultat(s) et date(s): _____ _____
10	Devez-vous être hospitalisé prochainement ou subir des examens médicaux? Devez-vous subir une intervention chirurgicale?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Quand - pour quel(s) motif(s)? _____ _____
11	POUR LES FEMMES Grossesse et accouchement antérieurs, compliqués Grossesse en cours Utilisez-vous une contraception orale?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Précisez: (dates) _____ _____ _____

QUESTIONNAIRE MÉDICAL - 2/2

12	Etes-vous actuellement titulaire d'assurances de personnes ou avez-vous par ailleurs des propositions en cours?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Date - Compagnie garanties - montants _____ _____ _____
	Avez-vous fait l'objet d'un refus, d'un ajournement, d'une restriction, ou d'une surprime pour un précédent contrat d'assurances de personnes?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
13	Utilisez-vous en tant que pilote ou passager des engins aériens (hors lignes commerciales régulières)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Type d'engin: _____ Cylindrée: _____ Kilométrage annuel moyen: _____
	Utilisez-vous un cycle à moteur?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	Si oui, est-ce en tant que moyen de transport uniquement?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	Pratiquez-vous des sports? <input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	Si oui lesquels? _____ _____ _____ _____ _____ _____		Compétition? <input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON

DÉCLARATION DE LA PERSONNE ASSURÉE

- Je déclare accepter d'être assuré pour le prêt ci-dessus, suivant les modalités au contrat d'assurance souscrit par la banque qui sera bénéficiaire des sommes assurées en cas de sinistre.
- Je reconnais avoir reçu le résumé des principales dispositions au contrat d'assurance.
- Je déclare sur l'honneur être en bonne santé, ne pas suivre de traitement médical régulier, être âgé de moins de 65 ans et exercer une activité stable à plein temps. Je suis informé que conformément au Code ARCA toute fausse déclaration entraîne la nullité du contrat d'assurance.
- 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.
En outre, j'autorise la banque à débiter le compte sus-mentionné du montant de la prime pour acceptation de l'assurance.

Fait à _____, le ____ / ____ / ____

Pour le souscripteur
Précédé de la mention "Lu et Approuvé"

Pour l'assuré
Précédé de la mention "Lu et Approuvé"

Pour l'assureur

