

Epargne Projet

Formulaire de souscription



RÉALISATEUR

Forme Agent général Courtier Vente directe Banque Mandataire non salarié

Nom

Code

SOUSCRIPTEUR

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

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

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

ASSURÉ(E)

Si assuré identique au souscripteur, cocher et ne plus remplir cette partie

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

COUVERTURE

Montant de cotisation (en USD)

Capital souhaité (en USD)

Paiement de la prime Unique Mensuel Trimestriel Semestriel Annuel

Date effet du contrat Le / /

Date d'échéance du contrat Le / /

Durée du contrat (en mois)

BÉNÉFICIAIRE

En cas de vie à l'échéance Assuré lui-même Autre (Remplir éléments en bas)

Prénom	Nom	Postnom	Date de naissance	Quote-part (en %)

En cas de décès avant l'échéance

Prénom	Nom	Postnom	Date de naissance	Quote-part (en %)



QUESTIONNAIRE MÉDICAL - 1/4

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 attendues.

Veillez indiquer:		Taille <input type="text"/> cm		Poids <input type="text"/> kg	
		OUI	NON		
1	Avez-vous présenté une diminution de poids involontaire au cours des 2 dernières années?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Précisez le nombre de kg perdus: <input type="text"/> kg	
2	Y a-t-il dans votre famille un antécédent de cancer, maladie cardiaque, vasculaire ou neurologique avant l'âge de 65 ans? Diabète ou troubles mentaux?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Précisez: <input type="text"/> <input type="text"/>	
3	Consommez-vous des boissons alcoolisées quotidiennement?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Lesquelles? Quantités journalières: <input type="text"/>	
	Prenez-vous de la drogue? Consommez ou avez-vous consommé des produits stupéfiants?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Lesquelles? Depuis quand? <input type="text"/>	
	Etes-vous fumeur?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Quantités journalières: <input type="text"/>	
4	Avez-vous été victime d'accident (automobile ou autre)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Dates, lésions, perte de connaissance et séquelles: <input type="text"/> <input type="text"/>	
5	Etes-vous actuellement en arrêt de travail?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Depuis quand - motif - date de reprise prévue: <input type="text"/>	
	Durant les 5 dernières années, avez-vous dû interrompre votre travail pendant plus de 3 semaines consécutives?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Quand - durée de chaque arrêt - motif: <input type="text"/> <input type="text"/>	
6	Etes-vous titulaire d'une pension d'invalidité?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Depuis quand? - motif - taux d'invalidité (précisez à titre civil ou militaire): <input type="text"/>	
	Une procédure de mise en invalidité est-elle ou va-t-elle être engagée?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	
7	Utilisez-vous habituellement des médicaments contre les maux de tête, les douleurs, la fatigue, des somnifères, des antibiotiques, des tranquillisants ou du magnésium?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Lesquels - Depuis quand et pourquoi? <input type="text"/> <input type="text"/>	
	Avez-vous suivi ou suivez-vous actuellement un traitement, pour une durée supérieure à 3 semaines?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Lequel? Motif et type de traitement: <input type="text"/> <input type="text"/>	

QUESTIONNAIRE MÉDICAL - 3/4

10A	Maladies du système nerveux (paralysies, méningite, sclérose en plaques, épilepsie,...)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Veuillez préciser: _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____	
	Maladies neuropsychiques (dépression nerveuse, anxiété, névrose, stress, nervosité, psychose, tentative de suicide,...)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
	Maladies du sang, des ganglions et de la rate (anémie, présence de ganglions anormaux, etc.)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
	Maladies endocriniennes ou métaboliques (diabète, affection de la thyroïde, dyslipidémie hémochromatose, goutte,...)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
	Maladies des os et articulations (problèmes de la colonne vertébrale, arthrose, problèmes de dos, hernie discale, rhumatismes divers, etc.)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
	Maladies de la peau (exérèse de grains de beauté, psoriasis, autres lésions,...)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
	Maladies infectieuses sévères ou compliquées (tuberculose, hépatite virale, infections à répétition,...)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
Maladies parasitaires ou mycoses (paludisme, bilharziose, candidose, etc.)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
Maladies des organes des sens: troubles oculaires et auditifs (myopie, glaucome, détachement de la rétine, cécité, vertige, surdité, etc.)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Nombre de dioptries	OD	OG
			Acuité visuelle	OD	OG
			(avant correction):	/10	/10
Autres maladies non citées ci-dessus?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____ _____ _____		
POUR LES FEMMES:					
10B	Grossesse et accouchements antérieurs, compliqués	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____ _____ _____	
	Grossesse en cours	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____ _____ _____	
	Affection des organes génitaux	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____ _____ _____	
	Affection des seins	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____ _____ _____	
11	Etes-vous actuellement titulaire d'assurances de personnes?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Date - Compagnie - Montant par garantie - Motif(s) - bénéficiaire: _____ _____ _____	
	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"/>	_____ _____ _____	

QUESTIONNAIRE MÉDICAL - 4/4

12	Avez-vous effectué des séjours hors de l'Union européenne, des Etats-Unis, du Canada? Utilisez-vous des engins aériens en tant que pilote ou passager (hors lignes commerciales régulières)?		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Précisez: fréquence, durée moyenne et but des séjours, par an et par pays concerné) _____ _____ _____ _____ _____
	Utilisez-vous un cyclomoteur?		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Précisez: _____
	Si oui, est-ce en tant que moyen de transport uniquement?		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____ _____
					Type d'engin _____ Cylindrée _____ Kilométrage annuel moyen: _____
Pratiquez-vous un sport? <input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON		Si oui lequel? _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____			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

La Compagnie invite la personne à assurer à communiquer au Médecin-Conseil, sous pli confidentiel, les divers documents médicaux en sa possession et susceptibles de faciliter l'appréciation de son état de santé. Ceci pourra éviter chaque fois que possible une visite médicale ou d'autres examens que la Compagnie se réserve le droit de demander lors de la souscription d'un contrat.

DÉCLARATION DE LA PERSONNE ASSURÉE

- 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. 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.

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