

# Prévoyance Education

## 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](http://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 la prime (en USD)

Montant de la rente semestrielle en cas de décès pendant le différé (en USD): 50% de la prime annuelle

Montant de la rente en cas de vie à l'échéance (en USD)  Annuelle  Semestrielle

Paiement de la prime  Unique  Mensuel  Trimestriel  Semestriel  Annuel

Date effet du contrat Le / /

Durée de paiement des primes (différé) (en mois)

Durée de service de la rente  Semestres  Ans

Echéance du contrat Le / /

Durée du contrat (en mois)

### BÉNÉFICIAIRE

En cas de vie à l'échéance  Assuré lui-même  Enfant  Autre

Prénom

---

Nom

---

Postnom

---

Date de naissance

---

En cas de décès avant l'échéance  Enfant  Autre

Prénom

---

Nom

---

Postnom

---

Date de naissance

---



### 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

cm

Poids

kg

		OUI	NON	
<b>1</b>	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: _____ kg
<b>2</b>	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: _____ _____
<b>3</b>	Consommez-vous des boissons alcoolisées quotidiennement?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Lesquelles? Quantités journalières: _____ _____
	Prenez-vous de la drogue? Consommez ou avez-vous consommé des produits stupéfiants?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Lesquelles? Depuis quand? _____ _____
	Etes-vous fumeur?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Quantités journalières: _____ _____
<b>4</b>	Avez-vous été victime d'accident (automobile ou autre)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Dates, lésions, perte de connaissance et séquelles: _____ _____ _____
<b>5</b>	Etes-vous actuellement en arrêt de travail?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Depuis quand - motif - date de reprise prévue: _____ _____
	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: _____ _____
<b>6</b>	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): _____ _____
	Une procédure de mise en invalidité est-elle ou va-t-elle être engagée?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____ _____
<b>7</b>	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? _____ _____
	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: _____ _____ _____

### QUESTIONNAIRE MÉDICAL - 2/4

AU COURS DES DIX (10) DERNIÈRE ANNÉES				
		OUI	NON	
8	Avez-vous fait des séjours en milieu hospitalier ou assimilé pour intervention examen, traitement?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Dates – durées – motifs et résultats: _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____
	Avez-vous suivi un traitement spécialisé tel que la radiothérapie, chimiothérapie, immunothérapie, hormonothérapie ou cobaltothérapie?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	Avez-vous subi des examens médicaux (en dehors de la médecine du travail) tels qu'une analyse de sang, d'urine, un électrocardiogramme, radiographie, échographie, RMN et mammographie?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	Avez-vous ou non 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)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
9	Devez-vous être hospitalisé prochainement ou subir des examens médicaux?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Quand - pour quel(s) motif(s): _____ _____
	Devez-vous subir une intervention chirurgicale?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Quand - pour quel(s) motif(s): _____ _____ _____ _____
SOUFFREZ-VOUS OU AVEZ-VOUS ETE ATTEINT DE:				
10A	Maladies de l'appareil respiratoire (toux de longue durée, crachement de sang, fatigue, tuberculose, bronchite chronique, emphysème, asthme, etc.)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Veuillez préciser: _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____
	Maladies de l'appareil cardio-vasculaire (infarctus, hypertension artérielle, angine, douleur thoracique, tension artérielle élevée, insuffisance cardiaque, souffle, valvulopathie, artérite, etc.)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	Maladies de l'appareil circulatoire (accident vasculaire cérébral, embolie, hémorragie, infarctus cérébral, apoplexie, etc.)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	Maladies de l'appareil digestif (ulcère, jaunisse, hépatite, cirrhose œsophagite, maladie inflammatoire intestinale (maladie de Crohn, colite ulcéreuse, diverticules, élévation des transaminases diarrhée chronique, etc.)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	Maladies de l'appareil urinaire et génital (albuminurie et sang dans les urines, maladies sexuellement transmissibles, etc.)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

### QUESTIONNAIRE MÉDICAL - 3/4

<b>10A</b>	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
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Acuité visuelle	OD	OG
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	(avant correction):	/10	/10
Autres maladies non citées ci-dessus?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____ _____ _____ _____		
<b>POUR LES FEMMES:</b>					
<b>10B</b>	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"/>		
<b>11</b>	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"/>	
	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