

Prévoyance Funérailles

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 ---



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

GARANTIE

Décès toutes causes (Principale)

Décès accidentel (Optionnelle) - Doublement du capital principal

COUVERTURE

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)

Prévoyance Funérailles

Formulaire de souscription



BÉNÉFICIAIRE

Personne morale

Raison sociale

Personne physique

Prénom

Nom

Postnom

Lieu et date de naissance

Autres



DÉCLARATION ÉTAT DE SANTÉ

Compte tenu de votre taille, votre poids est-il supérieur à celui indiqué ci-dessous?

OUI NON

Entourez la mention utile

Taille (cm)	145 à 150	151 à 160	161 à 170	171 à 180	181 à 190	Plus de 191
Poids (kg)	38 à 65	44 à 70	48 à 85	53 à 95	60 à 110	66 à 115

Au cours des cinq (05) dernières années avez-vous bénéficié, ou bénéficiez-vous actuellement:

OUI NON

A - d'une hospitalisation, d'un traitement ou d'une surveillance médicale de plus d'un mois?

B - d'une recherche de marqueurs sérologiques d'infections virales avec des résultats d'exams qui se seraient révélés positifs (HIV, Hépatite B et C)?

C - d'une pension d'invalidité \geq 20% pour accident ou maladie?

Dans les six (06) prochains mois, devez-vous subir une intervention chirurgicale ou des examens médicaux dans le cadre d'une surveillance médicale?

OUI NON

Cette déclaration est impérativement validée par la personne à assurer qui reconnaît en avoir pris lecture dans sa totalité. Les conséquences qui pourraient résulter d'une omission ou d'une fausse déclaration intentionnelles sont celles prévues par le code des assurances (Article 14 et 15: nullité du contrat).

J'autorise expressément la compagnie d'assurance 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 d'assurance tous les renseignements demandés.

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