

FORMULAIRE D'ASSURANCE VIE

BÉNÉFICIAIRE

Nom et Prénom	Rang de Bénéficiaire		Date de Naissance	Lien avec l'assuré	Pourcentage
	Principal	Contingent			
	Principal	Contingent			
	Principal	Contingent			
	Principal	Contingent			
	Principal	Contingent			
	Principal	Contingent			
	Principal	Contingent			
	Principal	Contingent			

OBJET DE L'ASSURANCE

Prévoyance personnelle
 Contrat homme clé
 Contrat de prêt
 Vie Epargne

ASSURANCE VIE TERME

CAPITAL FIXE

DURÉE	CAPITAL ASSURÉ	COTISATION A L'APPLICATION

*Garanties Complémentaires EP DAD PTIA **Périodicité des cotisations** Mensuelle Trimestrielle Semestrielle Annuelle
 * EP= Exonération de prime DAD= Décès Accidentel et Démembrement PTIA= Perte Totale et Irréversible d'Autonomie

ASSURANCE VIE EMPRUNTEUR / ASSURANCE VIE COLLECTIVE

CAPITAL FIXE

DURÉE DU CRÉDIT	NOM DE L'ORGANISME CRÉANCIER	TAUX D'INTÉRÊT	MONTANT INITIAL DU CRÉDIT	COTISATION A L'APPLICATION

*Garanties Complémentaires EP DAD PTIA **Périodicité des cotisations** Mensuelle Trimestrielle Semestrielle Annuelle
 * EP= Exonération de prime DAD= Décès Accidentel et Démembrement PTIA= Perte Totale et Irréversible d'Autonomie

FORMULAIRE D'ASSURANCE VIE

Répondez par **Oui** ou **Non** pour tous les assurés éventuels inscrits sur le formulaire. Fournissez des informations complètes si nécessaire.
Prière de donner des détails dans le tableau ci dessous.

1.-Avez-vous, dans le temps, consommé de la drogue, de l'alcool, de la cigarette ou d'autres stupéfiants ? Oui Non
Si Oui, précisez lequel, la durée et le temps d'arrêt s'il y a lieu ?

2.-Avez-vous rempli une demande d'assurance vie ou maladie ayant donné lieu à un refus, ajournement, restriction ou majoration ? Oui Non

3.-Êtes-vous couvert actuellement pour le décès, l'accident ou la maladie ? Oui Non
Si Oui, précisez quelle couverture et le nom de la compagnie ?

4.-Avez-vous l'intention de séjourner hors d'Haïti plus de six (6) mois pendant les deux (2) prochaines années ?
Si Oui, Précisez où vous comptez vous rendre et le motif du voyage?

5.-L'un de vos proches parents est-il décédé avant d'atteindre l'âge de 60 ans ? Oui Non
Si Oui précisez le lien, l'âge et la maladie ?

6.- Avez-vous souffert, été traité ou reçu des soins médicaux pour:

- a) Hypertension Artérielle ou complications cardio-vasculaire? Oui Non
- b) Asthme, complications pulmonaires ou respiratoires? Oui Non
- c) Ulcère, gastrite ou problèmes gastro-intestinaux? Oui Non
- d) Diabète? Oui Non

7.- a) Arythmie, infarctus, douleur thoracique, troubles cardiaques, malformation congénitale ou acquise Oui Non

b) Maladies du sang (sclérose en plaques, lymphome, leucémie) maladie des artères, des veines, anévrisme, problèmes lymphatiques Oui Non

c) Troubles gastro-intestinaux, du rectum, troubles au niveau du foie, de la vésicule biliaire, hémorragie digestive, pancréatite, diabète, cholestérol Oui Non

d) Méningite, épilepsie, troubles du système nerveux et du cerveau, insomnie, maladies mentales Oui Non

e) Problèmes thyroïdiens, au niveau des surrénales Oui Non

f) Problèmes pulmonaires, bronchite, pneumonie, emphysème, tuberculose, pleurésie, problèmes au niveau de la gorge Oui Non

g) Scoliose sciatique, rhumatisme, arthrose, hernie discale, tassement vertébral Oui Non

h) Maladies des reins, de la vessie; des organes génitaux Oui Non

I) Sang, sucre ou albumine dans les urines, gonorrhée, syphilis Oui Non

8.-Votre poids a-t-il varié au cours des 12 derniers mois ? Oui Non
Si Oui précisez le nombre de kg ou lbs pris ou perdu et la cause ?

9.- Avez-vous:

- a) Consulté un médecin ou hospitalisé pour un problème de santé quelconque ? Oui Non
- b) Été traité pour le syndrome d'immuno déficience acquise ou toute autre complication dérivée ? Oui Non
- c) Subi une Radiographie, ECG, test sanguin, urine ou d'autres tests médicaux ? Oui Non
- d) Subi ou été conseillé de subir une intervention chirurgicale quelconque ? Oui Non

FORMULAIRE D'ASSURANCE VIE

Répondez par **Oui** ou **Non** pour tous les assurés éventuels inscrits sur le formulaire. Fournissez des informations complètes si nécessaire. Prière de donner des détails dans le tableau ci-dessous.

1.-Devez-vous subir des examens médicaux, être hospitalisé ou subir une intervention chirurgicale au cours des 12 prochains mois ? Oui Non
Si Oui précisez le motif et la date ?

Question #	Prénom de la personne	Condition/diagnostic traitement passé et actuel	Nom, adresse et téléphone des médecins et hôpitaux	Date des traitements

DÉCLARATION SUR L'HONNEUR

Je certifie que tous les renseignements sous-mentionnés sont sincères et corrects. Par la présente, j'autorise tout médecin, institution médicale, hôpital, pharmacie, laboratoire, compagnie d'assurance, employeur, à fournir à AIC ou à son représentant éventuel, tous les renseignements nécessaires (y compris copie de dossier) pour l'évaluation de cette demande d'assurance. Une photocopie de la présente autorisation fera foi aussi bien que l'original. Je reconnais également en cas de fausses déclarations, je m'expose à la nullité de ma demande.

Fait à Port-au-Prince, le:

Signature Adhérent

Signature 1ère personne à assurer

Signature 2ème personne à assurer