

## FORMULAIRE DE RÉTABLISSEMENT DE POLICE

Numéro de police:

Assuré:

Adhérent :

Ci-inclus la prime due pour un montant de :

Le soussigné, déclare et admet que les déclarations et les réponses aux pages 1 et 2 sont vraies et entièrement déclarées et reconnaît être lié de ce fait par les représentations ci-dessus en tant que ses propres.

Il reconnaît et accepte que la protection d'assurance demandée dans cette application ne sera effective tant qu'elle n'ait pas été approuvée par la Alternative Insurance Company et que la prime a été payé alors que les assurés sont vivants et leur santé et assurabilité est tel que décrite ci-dessus.

Il accepte que cette application est un avenant à l'application originale et formera partie intégrante de la police et si la déclaration de l'assurabilité est requise, la période d'incontestabilité et de suicide dans les dispositions de la police commence à nouveau à compter à partir de la date de ce changement.

Il accepte aussi que s'il ne reçoit pas l'avis d'approbation de cette demande dans les soixante (60) jours après sa date, celle-ci est réputée avoir été refusée par la AIC.

J'autorise tout médecin, hôpital, clinique, compagnie d'assurance ou toute autre organisation, institution ou personne à fournir à la Alternative Insurance Company, ses réassureurs, société d'inspection ou tout représentant ladite compagnie d'assurance, toute information concernant mon historique médical et état physique, incluant mais non limité à toute hospitalisation, recherche, diagnostic, traitement, chirurgie, ou maladie. Une copie de cette autorisation est aussi valide que l'original.

### 1. énumérez les personnes pour lesquelles cette demande est faite:

<i>NOMS DES PERSONNES POUR LESQUELLES CETTE APPLICATION EST FAITE</i>	<i>SEXE</i>	<i>LIEN DE PARENTÉ</i>	<i>DATE DE NAISSANCE</i>	<i>AGE</i>	<i>OCCUPATION</i>
<i>a)</i>					
<i>b)</i>					
<i>c)</i>					
<i>d)</i>					
<i>e)</i>					
<i>f)</i>					
<i>NOM ET ADRESSE DU MÉDECIN DE FAMILLE</i>					

## FORMULAIRE DE RÉTABLISSEMENT DE POLICE

### DÉCLARATION D'ASSURABILITÉ

Les observations faites ci-dessous s'appliquent à chaque personne mentionnée ci-dessus.

2. Durant les 5 dernières années ou depuis la date effective de cette police (laquelle des deux est la plus courte), avez-vous :

- 1.- Utilisé de stupéfiants ou d'autres médicaments non prescrits par un médecin, ou été traité par un fournisseur de soins de santé pour la consommation d'alcool?    Oui    Non
  - 2.- Été reconnu coupable de conduite sous l'influence de l'alcool ou de drogues ?    Oui    Non
  - 3.- Rempli une demande d'assurance vie ou maladie ayant donné lieu à un refus, un ajournement, restriction ou majoration de prime ?    Oui    Non
  - 4.- Utilisé un produit du tabac ou de la nicotine, au cours des 12 derniers mois ?    Oui    Non
  - 5.- 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) Diabètes?    Oui    Non
  - 6.- 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    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 et du système lymphatique (oedème)    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
- 7.-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 ?
- 8.- 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 conseiller de subir une intervention chirurgicale quelconque ?    Oui    Non
- 9.-Devez-vous subir des examens médicaux, hospitaliser ou subir une intervention chirurgicale au cours des 12 prochains mois ?    Oui    Non  
Si Oui précisez le motif et la date ?

## FORMULAIRE DE RÉTABLISSEMENT DE POLICE

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

*Si plus d'espace est nécessaire, utilisez une autre feuille de papier signé et daté par l'assuré*

Fait à Port-au-Prince, le:

\_\_\_\_\_  
Signature de l'assuré

\_\_\_\_\_  
Signature de l'agent

\_\_\_\_\_  
Signature de l'adhérant

\_\_\_\_\_  
Signature de l'Epoux(se)