

Police N° :
Date d'adhésion :

Complétez vos renseignements en lettres capitales.

Nom :
Prénom(s) :
Nom marital (1):
Date de naissance :
Sexe : Féminin Masculin
Situation familiale :
Nombre d'enfants à charge :
Date d'embauche:
Emploi occupé :
C. I. N. N° (2):
S.S. N° (3):
E-mail :
N° Tél. :

Table with 7 columns: Enfants à charge, Prénom (s), Sexe (4), Date de naissance, Prénoms (s), Sexe, Date de naissance

Conjoint
Date de naissance
Sexe
Date de naissance

(1) Pour les femmes mariées — (2) Numéro de la Carte d'Identité Nationale —
(3) Numéro de Sécurité Sociale — (4) Renseigner par M ou F .

Désignez vos bénéficiaires en cas de Décès.

Table with 4 columns: Nom, Prénom (s), Date de Naissance, Lien de Parenté, Part En %

Répondrez de manière explicite à toutes les questions et cochez les cases correspondantes.
Bénéficiez-vous actuellement d'une assurance maladie ?
Avez-vous bénéficié d'une assurance maladie ?
Avez-vous été atteint de maladies graves ou chroniques ?
Suivez-vous un traitement médical ?
Avez-vous subi des opérations chirurgicales ?
Avez-vous été remboursé par l'ancien assureur ?
Etes-vous atteint d'une infirmité ?
Etes-vous titulaire d'une pension d'invalidité ?
Etes-vous en état de grossesse ?

Je déclare donner mon accord expresse à la cause d'arbitrage prévue aux conditions générales du contrat d'assurance.

Je certifie l'exactitude des renseignements figurant aux différentes rubriques et autorise en outre le Médecin conseil de AGLIC à prendre connaissance de mon dossier médical auprès de la Caisse de Sécurité Sociale pour tout sinistre que je déclare au titre du présent contrat.
Je déclare avoir pris connaissance des sanctions prévues par l'article 21,72 et 48 de l'ordonnance 95-07 du 25 Janvier 1995 modifiée et complétée par la loi 06/04 du 20/02/2006 relative aux assurances de personnes en cas de fausse déclaration de sinistre.

Fait à : Le :

Visa du Souscripteur

Signature de l'adhérent