



Fiche d'adhésion

Contractant



Numéro de police

	Assuré principal	Conjoint	
Date d'entrée à l'assurance			
Nom			
Nom de jeune fille le cas échéant			
Prénom			
Adresse			
Date de naissance			
Enfants(à charge)			
	Prénoms	Date de naissance	Date d'entrée à l'assurance
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			

A le 20

Signature

Bulletin d'adhésion à retourner soigneusement rempli à:

Cabinet Tarak EL KAROUI

56 bis Rue Echam 1002 Tunis

Tél. : (216) 71 792 528 / (216) 71 798 542 - Fax : (216) 71 791 778

Questionnaire de santé confidentiel

Prière répondre scrupuleusement au questionnaire ci-dessous	Adhérent	Conjoint	1 ^{er} enfant (1)	2 ^e enfant	3 ^e enfant	4 ^e enfant (2)
Poids et taille des personnes à assurer 1) Une de ces personnes a-t-elle souffert ou souffre-t-elle de maladies: - des voies respiratoires? - du cœur ou de la circulation? - de l'appareil digestif ou du foie? - de l'appareil urinaire ou génital (organes féminins notamment)? - des os ou des articulations (y compris les rhumatismes)? - du système nerveux? - des organes des sens? .. - de toutes autre maladie ne rentrant pas dans la classification ci-dessus, par exemple: peau, glandes endocrines, diabètes, maladies infectieuses etc ...						
2) Une de ces personnes a-t-elle: - subi une opération? - été victime d'un accident? - fait un séjour dans un sanatorium un hôpital psychiatrique ou un autre établissement de soins? - fait une cure thermale?.....						
3) Une de ces personnes souffre-t-elle : - d'une maladie congénitale? Chronique? - d'une infirmité?						

(1) A remplir uniquement pour les enfants à charge

(2) Lorsqu'il y a plus de 4 enfants à assurer
Utiliser un second bulletin d'adhésion

Observations :