

Assurance Temporaire Degressive
Formulaire de Déclaration du Risque

تأمين مؤقت تناقصي
مطبوعة الاعلام بالخطر

المكتب / المشترك	Le souscripteur / participant
الاسم / الشركة	Nom / RS
ب ت و / س ت	CIN / RC
الهاتف	Téléphone
العنوان	Adresse

المؤمن له	L'assuré
الاسم	Nom
ب ت و	CIN
تاريخ الولادة	Date de naissance
المهنة	Profession

العقد	Le contrat
مدة العقد	Durée du contrat
فترة الإمهال	Délai de franchise
تاريخ النهاية	Date de fin
مبلغ التمويل	Montant du prêt
الجهاز الممول	Organisme prêteur
تاريخ السريان	Date d'effet

الاستبيان الصحي	Questionnaire de santé
الوزن بالـ كـغ	Poids en kg
مدخن	Taille
<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Fumeur occasionnel <input type="checkbox"/> Fumeur modéré <input type="checkbox"/> Grand fumeur	Fumeur
السؤال	Question
هل أنت متوقف حاليًا عن العمل لسبب طبي؟	Etes-vous en arrêt de travail pour une raison médicale?
هل تتبع حاليًا علاجًا طبيًا؟	Suivez-vous un traitement médicamenteux?
هل تعاني من آثار لحادث، أو عجز، أو إعاقة أو من مرض خلقي؟	Avez-vous des séquelles d'accidents ? D'infirmité ou d'handicap ? de maladie congénitale?
هل أقممت في السابق بمستشفى أو قمت بعملية جراحية أو قمت بتخطيط للقلب أو خضعت لتصوير بالرنين المغناطيسي أو فحص آخر؟	Dans le passé, avez-vous été hospitalisé opéré ? effectué un examen (ECG, EMG, IRM....)?
هل أنت مصاب بمرض مزمن؟	Etes-vous atteint d'une maladie chronique?

Je soussigné, atteste que les réponses consignées dans le présent formulaire sont complètes et que j'ai répondu avec loyauté et précision à toutes les questions posées, toute omission ou fausse déclaration intentionnelle de ma part entraîne la nullité du contrat conformément à l'article 8 du code des assurances.

إني الممضي أسفله أقر بأن الإجابات الواردة بمطبوعة الاعلام بالخطر هذه كاملة وبأنني أجبت بأمانة ودقة على كل الأسئلة المطروحة و أعلم بأن كل كتمان أو تصريح خاطئ مقصود من طرفي يترتب عليه بطلان العقد طبقا للفصل 8 من مجلة التأمين .

Le souscripteur/ Le participant

المكتب/المشارك

Assuré

المؤمن له

تونس في/...../.....