

BULLETIN DE SOUSCRIPTION

ASSURANCE MALADIE

Souscripteur :

Adresse :

CELLULE FAMILIALE

PERSONNES A ASSURER

	Nom	Prénoms	Date et lieu de naissance	Date d'incorporation
Assuré	<i>Mouam</i>	<i>Mouam Sultou</i>	<i>27/06/2001</i>	
Conjoint				
1 ^{er} enfant				
2 ^{ème} enfant				
3 ^{ème} enfant				
4 ^{ème} enfant				

- * Sont assurables les personnes n'ayant pas encore atteint l'âge de 60 ans.
- * Ne sont pris en compte que les enfants à charge

QUESTIONNAIRE MEDICAL

Répondez aux questions par OUI ou NON
Préciser les réponses au besoin

ANTECEDENTS FAMILIAUX

Préciser si vos parents souffrent ou ont souffert d'une de ces maladies :

de l'Assuré

du Conjoint

1. Diabète
2. Hypertension artérielle
3. Cancer (type à préciser)
4. Autres maladies à préciser

Conjoint ou assuré	Décédés	Vivants	Nature du décès	Vivant portant une tare
Père		X		
Mère		X		
Sœurs		X		
Frères		X		

GÉNÉRATION NOUVELLE D'ASSURANCES - CÔTE D'IVOIRE

Société Anonyme au capital de FCFA 2 400 000 000 entièrement libérée. Entreprise régie par le Code des Assurances des États membres de la Cima - Siège Social : Immeuble L'EBRIEN, Rue du Commerce - Plateau 01 B.P. 12182 Abidjan 01 - Tél. : 20 25 98 00 - Télécopie : 20 33 60 65 - DGE. Régime normal - C.C.N° 0719324J - RC N° ABJ-2015-M-18414 - CNIS N° 21 115141 - Compte Banque Atlantique N° 11346740001
Site Web www.gnaassurances.com

	Assure(e)	Conjoint(e)	1 ^{er} enfant	2 ^{ème} enfant	3 ^{ème} enfant	4 ^{ème} enfant
A - MODE DE VIE						
1 - Profession exercée	informaticien					
2 - Fumez-vous ?						
3 - Consommez-vous de l'alcool ?						
B - SANTE DEPUIS 2 ANS						
4 - Fièvre fréquente						
5 - Perte de poids, pour quelles raisons ?						
6 - Diarrhée, dysenterie fréquente						
7 - Vertiges, palpitations						
8 - Toux, gêne respiratoire						
9 - Gêne à uriner						
10 - Maux de tête						
C - MALADIES						
11 - HOSPITALISATION : Pour quelles maladies ? à quelles dates ?						
12 - OPERATIONS CHIRURGICALES : Pourquoi et à quelles dates ?						
13 - CŒUR : Hypotension - hypertension artérielle, palpitations, essoufflements, troubles circulatoires, varices phlébites						
14 - POUMONS : Asthme, bronchite chronique, pneumonie, tuberculose, pleurésie						
15 - ORL : Otitite, surdité, sinusite, otite						
16 - YEUX : Myopie, strabisme, presbytie, glaucome, cataracte, Astigmatisme	myopie					
17 - BOUCHE : Avez-vous des caries, des dents absentes, des prothèses	Caries					
18 - SYSTEME DIGESTIF : Ulcère, gastrite, hépatite, cirrhose, crise d'appendicite, inflammations du côlon, hémorroïde, hernie						

	Assuré(e)	Conjoint(e)	1 ^{er} enfant	2 ^{ème} enfant	3 ^{ème} enfant	4 ^{ème} enfant
19 - REIN/S : Calculs, coliques Néphrétiques, cystite, urétrite, adénome prostatique, bilharziose.						
20 - ORGANES GENITAUX : Stérilité, maladies vénériennes, fibrome, kyste ovaire, hydrocèle, salpingite.						
21 - GYNECOLOGIE : Fausses couches, combien ? nombres d'enfants avez-vous connaissance d'un état de grossesse ? si oui, combien de mois ?						
22 - GLANDES ENDOCRINES : Diabète, goitre, depuis quand ?						
23 - PEAU : Acnée, eczéma, furoncles, ganglions, lèpre, herpès, zona, mycoses.						
24 - SANG : Anémie, drépanocytose, leucémie.						
25 - OS : Rhumatisme, goutte, arthrose, arthrite.						
26 - SYSTEME NERVEUX : Paralysie, épilepsie, convulsions, dépression nerveuse, troubles du comportement, troubles de la parole.						
27 - MALFORMATIONS CONGENITALES : Laquelle ? Acquisée, par maladie ou accident ?						
28 - CANCER - SIDA						
29 - AUTRES MALADIES						
30 - VACCINS EFFECTUES						
31 - TAILLE POIDS TENSION ARTERIELLE						
D - ASSURANCE ANTERIEURE Avez-vous déjà été assuré (e) en maladie ? Auprès de quel organisme ou compagnie d'assurances ? Motifs du changement						

Je soussigné, certifie sincères et véritables mes déclarations aux questions du présent bulletin d'adhésion, et accepte de me soumettre sur demande de la Société d'Assurances à une visite médicale de son médecin conseil.

TOUTE REPONSE PAR UN TIRET OU ABSENCE DE REPONSE EST CONSIDEREE COMME UNE REPONSE NEGATIVE.

Toute fausse réponse ou omission au présent questionnaire est soumise aux sanctions prévues par les articles 18 et 19 du code CIMA.

A. Abisyan le 23/07/2024

Signature de l'assuré (e)

