



## BULLETIN DE SOUSCRIPTION ASSURANCE MALADIE

### SOUSCRIPTEUR

DÉNOMINATION CLIENT : .....

ADRESSE : .....

MAIL : .....

TÉLÉPHONE : .....

### IDENTIFICATION ASSURÉ PRINCIPAL

NOM & PRÉNOMS : .....

TÉLÉPHONE : .....

MAIL : .....

N° ASSURÉ OU MATRICULE : .....

OPTION : .....

DATE D'ADHÉSION : .....

### COMPOSITION DE LA FAMILLE

PARTENAIRES	NOM ET PRÉNOMS	DATE DE NAISSANCE	SEXE	DATE D'INCORPORATION
ASSURÉ :				
Conjoint(e) :				
Enfant 1 :				
Enfant 2 :				
Enfant 3 :				
Enfant 4 :				

Fait à ....., le ...../...../ 20.....

SIGNATURE DE L'ASSURÉ

**N.B :**

- ✓ Sont assurables les personnes n'ayant pas encore atteint l'âge de 60 ans.
- ✓ Pour les enfants, au delà de 21 ans et ce jusqu'à 25 ans, ils ne pourront être assurés que s'il est fourni un certificat de scolarité ou de fréquentation délivré au début de chaque année scolaire et universitaire par une école ou institution agréée par les Ministères en charge de l'éducation Nationale ou de l'Enseignement Technique et Professionnel.

	Assuré (e)	Conjoint (e)	1 <sup>er</sup> enfant	2 <sup>ème</sup> enfant	3 <sup>ème</sup> enfant	4 <sup>ème</sup> enfant
<b>A - MODE DE VIE</b>						
1 - Profession exercée						
2 - Fumez-vous ?						
3 - Consommez-vous de l'alcool ?						
<b>B - SANTÉ DEPUIS 2 ANS</b>						
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						
<b>C - MALADIES</b>						
11 - HOSPITALISATION : Pour quelles maladies ? À quelles dates ?						
12 - OPÉRATIONS CHIRURGICALES : Pourquoi et à quelles dates ?						
13 - COEUR : Hypotension - Hypertension artérielle, palpitations, essoufflements, troubles circulatoires, varices phlébites						
14 - POUMONS : Asthme, bronchite chronique, pneumonie, tuberculose, pleurésie						
15 - ORL : Otite, surdité, sinusite, mutité						
16 - YEUX : Myopie, strabisme, presbytie, glaucome, cataracte, Astigmatisme						
17 - BOUCHE Avez-vous des caries, des dents absentes, des prothèses						
18 - SYSTÈME DIGESTIF : Ulcère, gastrite, hépatite, cirrhose, crise d'appendicite, inflammations du côlon, hémorroïde, hernie						

	Assuré (e)	Conjoint (e)	1 <sup>er</sup> enfant	2 <sup>ème</sup> enfant	3 <sup>ème</sup> enfant	4 <sup>ème</sup> enfant
<b>19 - REINS :</b> Calculs, coliques Néphrétiques, cystite, urétrite, adénome prostatique, bilharziose						
<b>20 - ORGANES GÉNITAUX :</b> Stérilité, maladies vénériennes, fibrome, kyste ovaire, hydrocèle, salpingite						
<b>21 - GYNÉCOLOGIE :</b> Fausses couches, combien ? avez vous connaissance d'un état de grossesse ? si oui, combien de mois ?						
<b>22 - GLANDES ENDOCRINES :</b> Diabète, goitre : depuis quand ?						
<b>23 - PEAU :</b> Acnée, eczéma, furoncles ganglions, lèpre, herpès, zona mycoses						
<b>24 - SANG :</b> Anémie, drépanocytose, leucémie						
<b>25 - OS :</b> Rhumatisme, goutte, arthrose, arthrite						
<b>26 - SYSTÈME NERVEUX :</b> Paralysie, épilepsie, convulsions, dépression nerveuse, troubles du comportement, troubles de la parole						
<b>27 - MALFORMATIONS CONGÉNITALES :</b> Laquelle ? Acquisse : par maladie ou accident ?						
<b>28 - CANCER - SIDA</b>						
<b>29 - AUTRES MALADIES</b>						
<b>30 - VACCINS EFFECTUÉS</b>						
<b>31 - TAILLE POIDS TENSION ARTERIELLE</b>						
<b>D - ASSURANCE ANTÉRIEURE</b> Avez-vous déjà été assuré (e) en maladie ? Après 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 RÉPONSE PAR UN TIRET OU ABSENCE DE RÉPONSE EST CONSIDÉRÉE COMME UNE RÉPONSE NÉGATIVE ;

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

A ..... le ..... 20 .....

Signature de l'assuré (e)



**FICHE D'IDENTIFICATION**

**ASSURANCE TIERS PAYANT**

Matricule de l'assuré : ..... Tél. .... / .....

<p><b>Assuré(e) Principal(e)</b></p> <p>Nom : .....</p> <p>Prénoms : .....</p> <p>.....</p> <p>Date de naissance : .....</p> <p>Sexe : Masculin / Féminin</p>	<p>Photo</p>	<p><b>Conjoint(e)</b></p> <p>Nom : .....</p> <p>Prénoms : .....</p> <p>.....</p> <p>Date de naissance : .....</p> <p>Sexe : Masculin / Féminin</p>	<p>Photo</p>
<p><b>Enfant</b></p> <p>Nom : .....</p> <p>Prénoms : .....</p> <p>.....</p> <p>Date de naissance : .....</p> <p>Sexe : Masculin / Féminin</p>	<p>Photo</p>	<p><b>Enfant</b></p> <p>Nom : .....</p> <p>Prénoms : .....</p> <p>.....</p> <p>Date de naissance : .....</p> <p>Sexe : Masculin / Féminin</p>	<p>Photo</p>
<p><b>Enfant</b></p> <p>Nom : .....</p> <p>Prénoms : .....</p> <p>.....</p> <p>Date de naissance : .....</p> <p>Sexe : Masculin / Féminin</p>	<p>Photo</p>	<p><b>Enfant</b></p> <p>Nom : .....</p> <p>Prénoms : .....</p> <p>.....</p> <p>Date de naissance : .....</p> <p>Sexe : Masculin / Féminin</p>	<p>Photo</p>
<p>Nom : .....</p> <p>Prénoms : .....</p> <p>.....</p> <p>Date de naissance : .....</p> <p>Sexe : Masculin / Féminin</p>	<p>Photo</p>	<p><b>Enfant</b></p> <p>Nom : .....</p> <p>Prénoms : .....</p> <p>.....</p> <p>Date de naissance : .....</p> <p>Sexe : Masculin / Féminin</p>	<p>Photo</p>

Date : .....

Signature de l'assuré :

# CONTRAT TIERS PAYANT

## PIECES A FOURNIR POUR LA CONFECTION DES CARTES

### ➤ ASSURE

- 1 copie ou photocopie d'acte de naissance ou CNI
- 1 photo d'identité couleur
- Le numéro matricule et le Relevé d'identité Bancaire (RIB)

### ➤ BENEFICIAIRE(S)

- Conjoint (e) : 1 photo d'identité, une copie ou photocopie de la Carte Nationale d'Identité ou l'acte de naissance
- Enfants : 1 photo d'identité couleur, une copie de la pièce d'identité ou l'acte de naissance.  
Pour les enfants de plus de 21 ans, fournir un certificat de fréquentation.