

# FORMULAIRE DE DECLARATION DU RISQUE

## ASSURANCE

### ASSISTANCE VOYAGE

LE PRESENT FORMULAIRE DOIT ETRE SOIGNEUSEMENT REMPLI ET SIGNE PAR L'ASSURE (OU PAR LE SOUSCRIPTEUR S'IL S'AGIT D'UN CONTRAT GROUPE). IL EST ETABLI EN VERTU DE L'ARTICLE 7 ALINEA 2 DU CODE DES ASSURANCES. LES DECLARATIONS QUI Y SONT CONSIGNEES SERVIRONT DE BASE A L'ETABLISSEMENT DU CONTRAT.

#### SOUSCRIPTEUR

• Nom & Prénom: .....

#### CONTRAT INDIVIDUEL

##### 1. Personne à assurer:

Nom & Prénom: ..... Date & lieu de naissance ...../...../..... à : .....

Adresse: ..... Ville : ..... Code postal : .....

N° de tél. : ..... Profession : ..... C.I.N. N° : ..... Délivrée le : ...../...../.....

2. Bénéficiaire(s) en cas de décès: ..... à défaut, les ayants droit.

3. But du voyage: .....  Privé  Professionnel  Médical

##### 4. Questionnaire de santé : (à faire remplir par la personne à assurer)

- a. Avez-vous déjà effectué une demande d'assurance assistance qui a fait l'objet d'un rejet ou d'une exclusion de certaines garanties ? - Si Oui, précisez l'exclusion ou la raison du rejet.....oui  non
- b. S'agit-il d'un voyage thérapeutique ?.....oui  non
- c. Devez-vous subir une intervention chirurgicale ou être hospitalisé ?.....oui  non
- d. Etes-vous atteint d'un handicap ou d'une invalidité ? .....oui  non
- e. Etes-vous atteint d'une maladie grave (cardio-vasculaire, affection pulmonaire ou rénale, cancer, sida...) ?...oui  non

#### CONTRAT FAMILIAL / GROUPE

##### Personnes à assurer:

Nom	Prénom(s)	Date de naissance	Contrat familial : précisez le lien de parenté Contrat groupe : précisez le N° C.I.N.
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			

N.B : En cas de décès de l'un des assurés ci-dessus mentionnés, le capital sera attribué à ses ayants droit.

#### CONDITIONS DE SOUSCRIPTION

1- Séjour: Durée: ..... jours Du: ...../...../..... Au: ...../...../..... (Pour les contrats annuels, le séjour à l'étranger ne doit en aucun cas dépasser 90 j consécutifs).

2- Pays de séjour : ..... (Pays exclus : Pays en instabilité politique ou en état de guerre)

#### DECLARATION DU SOUSCRIPTEUR OU DE L'ASSURE

Je soussigné(e) certifie exactes et sincères les déclarations ci-dessus et affirme que je n'ai rien omis ou déclaré qui puisse induire en erreur l'assureur, sous peine des sanctions prévues par l'article 8 du Code des assurances.



Fait à ..... le ...../...../.....

Signature de l'Assuré  
(ou du Souscripteur en cas d'un contrat familial / groupe)  
précédée de la mention «Lu et Approuvé»