## **FORMULAIRE DE DECLARATION DU RISQUE**

**ASSURANCE ASSISTANCE AU 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 BAS A L’ETABLISSEMENT DU CONTRAT.

**SOUSCRIPTEUR**

|  |  |
| --- | --- |
| Nom & prénom (ou raison sociale) : |  |

# CONTRAT INDIVIDUEL

1. Personne à assurer :

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nom & Prénom  : | |  | | | Date & lieu de naissance : | | |  | | | à | |  |
| Adresse : |  | | | | | Ville : |  | | Code postal : | | |  | |
| Tél. N°  : |  | | Profession : |  | | C.I.N. N° : |  | | Délivrée le : | | |  | |
| 2. Bénéficiaire(s) en cas de décès : | | | |  | | | à défaut, les ayants droits. | | | | | | |
| 3. But du voyage :  Privé  Professionnel  Médical  Autre (à préciser) | | | | | | | | | |  | | | |

1. 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 ? | | | | | | | | | | | oui | | non |
| Si oui, préciser l’exclusion ou la raison du rejet | | |  | | | | | | | | | | |
| b. S’agit-il d’un voyage thérapeutique ? | | oui | | | non | |
| c. Devez-vous subir une intervention chirurgicale ou être hospitalisé ? | | | | | | oui | | non | |
| d. Êtes-vous atteint d’un handicap ou d’une invalidité ? | | | | oui | | non | | |
| e. Êtes vous atteint d’une maladie grave (cardio-vasculaire, affection pulmonaire, rénale, cancer, sida…) ? | | | | | | | | | | | | oui | non |
| Si oui, laquelle ? |  | | | | | | | | | | | | |

**CONTRAT FAMILIAL / GROUPE**

Personnes à assurer :

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nom |  | Prénoms |  | Date de naissance |  | Contrat familial : préciser le lien de parenté  Contrat groupe : préciser le N° de la C.I.N. |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

**NB** : 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 : (Pour les contrats annuels, le séjour à l’étranger ne doit en aucun cas dépasser 90 jours consécutifs.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Durée : |  | jours | ; Du |  | au : |  | ; Type de contrat : | |  |  | | --- | --- | | Ferme | Renouvelable | |

1. 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 précédée de la mention « Lu et approuvé »

(Ou du souscripteur en cas d’un contrat familial / groupe)