

# BULLETIN D'ADHÉSION

**Formules :** ECO  ECO+  ESSENTIEL  ESSENTIEL+

**SOUSCRIPTEUR**

**Assure principal**

Nom, ou Raison Sociale : .....

Nom & Prénoms .....

Adresse Géographique : .....

Profession : .....

Téléphone/Fax : .....

Date de naissance : ..... /...../.....

Mail : .....

Sexe ...../Tél : .....

Secteur d'activités .....

Numéro CMU .....

## ASSURES

	NOM (Nom de jeune fille) (3)	PRENOMS	DATE DE NAISSANCE	SEXE (1)	PROFESSION OU ACTIVITE	NUMERO CMU
CONJOINT :						
(2) * ENFANTS : 1/						
2/						
3/						

- Enfants supplémentaires veuillez renseigner un nouveau formulaire

(1) Mentionner M pour Masculin / F pour Féminin

(2) Pour les familles de plus de quatre enfants, continuer sur un nouvel imprimé ((questionnaire médical)

(3) Mention « du nom de jeune fille »

Je souscris à la garantie complémentaire **INDIVIDUELLE ACCIDENT** selon les capitaux énumérés ci-dessous.

**GARANTIE DECES**    **GARANTIE INVALIDITÉ(IPT)**    **GARANTIE FRAIS DE TRAITEMENT**

1 000 000 FCFA

1 000 000 FCFA

300 000 FCFA

### Documents à joindre au dossier pour chaque personne déclarée :

- 1 photo d'identité
- 1 copie de l'extrait de naissance ou de la fiche d'état civil (uniquement pour les enfants)

**Confidentialité :** QUALITAS ASSURANCES garanti la confidentialité de toutes les informations fournies sur le présent questionnaire

**NB :** Les réponses doivent être claires, courtes, précises et écrites lisiblement

# QUESTIONNAIRE MÉDICALE

	ASSURE	CONJOINT	ENFANT 1	ENFANT 2	ENFANT 3
1/ NOM ET PRENOMS					
2/* Taille / poids					
3/*Au cours des trois dernières années avez-vous dû interrompre votre travail plus de 30 jours ? Date et motif					
4/* Suivez-vous actuellement un traitement ou un régime pour une maladie chronique ?					
5/* Portez-vous une prothèse dentaire ?					
6/* Portez-vous des lunettes ?					
7/* Devez-vous subir une intervention chirurgicale ? Précisez la date et le motif.					
8/* Avez-vous déjà été hospitalisé ?					
9/*Êtes-vous en grossesse ?					
10/* Souffrez-vous ou avez-vous souffert :					
D'hypertension ?					
De diabète ?					
De Glaucome ?					
De thyroïde ?					
De Troubles digestifs ?					
Des Os ?					
Des maladies du sang ?					
Précisez					
De Troubles digestifs ?					
Des Os ?					
Des maladies du sang ?					
Précisez					

Fait à Abidjan le : ..... /...../.....

Signature :