

FORMULAIRE DE SOUSCRIPTION MÉDICALE PRÉLIMINAIRE

VEUILLEZ REMPLIR CE FORMULAIRE EN LETTRES CAPITALES

Ce formulaire est uniquement une demande de renseignements préliminaires et ne constitue pas un contrat liant les parties ni une offre des conditions de la part de la compagnie. Les conditions générales peuvent seulement vous être proposées après la réception et l'évaluation du bulletin d'adhésion complet et de toute preuve et/ou tout dossier médical requis par le service de souscription d'Allianz Partners.

M. M^{me} Autre

Prénom

Nom

Date de naissance / /

Sexe : Masculin Féminin

Taille et poids cm kg

Fumez-vous ? Oui Non

Si oui, combien de cigarettes fumez-vous par jour ?

Consommez-vous de l'alcool ? Oui Non

Si oui, combien d'unités consommez-vous par semaine ? (1 alcool fort = 1 unité; 250 ml de bière = 1 unité; 1 verre de vin = 1 unité)

Nationalité

Pays de résidence principal
(pays dans lequel vous et vos ayants droit (le cas échéant) vivez pendant plus de six mois de l'année)

Profession

Type de couverture requise : Hospitalisation Médecine courante Rapatriement Dentaire Maternité

PATHOLOGIE(S) MÉDICALE(S)

Diagnostic ou symptômes

Date des premiers symptômes / /

Date des derniers symptômes / /

Résultats d'examens, analyses de sang et autres évaluations médicales

Traitement médical en cours, y compris les interventions chirurgicales (le cas échéant)

Complications (le cas échéant)

Détails des suivis médicaux

Vous-êtes vous rétabli complètement de cette pathologie/problème de santé ?

Veillez joindre tous les documents médicaux complémentaires (par ex. ordonnances, dossiers), si disponibles.

S'il n'y a pas suffisamment d'espace pour toutes les informations, veuillez utiliser un autre formulaire de souscription médicale préliminaire.

