Merci de remplir ce questionnaire  
et de l’envoyer à contact@agiccaassurances.com

**DEMANDE DE SOUSCRIPTION DE CONTRAT ASSURANCE ASSISTANCE VOYAGE SCHENGEN**

- Nom et Prénoms de l’assuré : …………….…………………………………………………………...

- Date & lieu de naissance :…………………………………………………………………………….

- Nationalité : ………………………………………………………………………...............................

- Pays de résidence : …………………………………………………………………………………....

- Adresse : ……………………………………………………………………………………………… Tel : …………………….… Fax : ……………………… Email : …………………………………

- Destination : ………………………………………. …Formule souscrite

zone1

zone2

- Date de départ : ………………….………….. Date de retour : ………………………….…………..

- N° Passeport : …………………………délivré le : ……………………………………………………

N.B : Zone 1 : **(Europe + Afrique + Moyen Orient)**

Zone 2 : **(Monde entier)**

# QUESTIONNAIRE MEDICAL

1. Etes-vous actuellement en bonne santé? ………………………………………………………………
2. Avez-vous un défaut de constitution, une infirmité ou une maladie chronique ? ……..... …………… Si oui, en préciser la nature ……………………………………………………………………………
3. Avez-vous dans le passé (à quel âge) été atteint d’affection pulmonaire, nerveuse, cardiaque, rénale, d’albumine, de diabète, de maladie de foie, de cancer, d’anémie, d’hépatite infectieuse grave ?

………………………………………………………………………………………………………… 4. Suivez-vous actuellement un traitement ?.............................................................................................

Très important : toute affection clinique chirurgicale Je certifie sincères les réponses antérieure à la prise de contrat ne peut faire l’objet figurant sur le présent questionnaire d’une intervention **de la Compagnie**

# LE SOUSCRIPTEUR Fait à Dakar le ……………………