

Numéro du Bulletin Numéro de police _____ Numéro du client _____
 Nom _____ Prénoms _____
 Numéro de Compte _____ Célibataire Marié(e) Divorcé(e) Veuf(ve)
 Date de Naissance [][][][][][][][][] Lieu de Naissance _____
 Adresse postale _____ Téléphone _____
 Profession _____ Employeur _____

Type de prêt:
 Court terme (1 à 4 ans) Moyen terme (5 à 10ans) Découvert Crédit Moyen Terme C.D.M.H Autre Prêt Immobilier
 Montant du prêt _____ Durée du prêt _____ (en mois) Date de la 1ère échéance _____
 Date de la dernière échéance _____ Montant de la prime _____ Taux Surprime _____
 Encours de prêt actuel: _____ Date de dernière échéance: _____
En cas de décès de l'assuré, avant le terme du contrat, est bénéficiaire du capital garanti, et ne saurait être remplacé(e) sans son avis écrit.

1. Taille _____ 2. Poids _____ kg 3. Tension artérielle _____
 4. Fumez-vous? Oui Non Si oui, combien de cigarettes par jour? _____
 5. Buvez-vous de l'alcool? Pas du tout A l'occasion Régulièrement 6. Vos distractions _____
 7. Pratiquez-vous un sport? Oui Non Si oui, à quel titre? Amateur Professionnel
 8. Êtes-vous atteint d'une infirmité? Oui Non Si oui, de quelle nature? _____ Date de survenance _____

Nature	Répondre par Oui ou Non	Précisez	Date ou période de traitement	Lieu de traitement
Avez-vous été malade au cours des 6 derniers mois?				
Êtes-vous souvent fatigué (e) ?				
Avez-vous maigri les 6 derniers mois?				
Avez-vous des ganglions, des furoncles, des abcès ou des maladies de la peau?				
Toussez-vous depuis quelques temps avec en plus de la fièvre?				
Avez-vous des plaies dans la bouche?				
Faites-vous souvent la diarrhée?				
Êtes-vous souvent ballonné (e)?				
Avez-vous eu des Œdèmes de Membres Inférieurs (O.M.I.)?				
Êtes-vous essoufflé (e) au moindre effort?				
Avez-vous déjà reçu une perfusion ?				
Avez-vous déjà reçu une transfusion de sang?				
Avez-vous déjà subi une opération?				
Avez-vous des informations complémentaires sur votre état de santé susceptibles de renseigner l'Assureur?				

Je soussigné, certifie avoir répondu avec sincérité, sans aucune réticence et n'avoir rien dissimulé sur mon état de santé passé ou actuel et prend acte que toute réticence ou fausse déclaration de ma part entraînera la nullité du contrat. J'autorise expressément NSIA Vie Assurances à prendre toutes informations qu'elle jugerait utiles et nécessaires auprès des médecins qui m'ont soigné. J'autorise ces Médecins à communiquer à NSIA Vie Assurances tous les renseignements demandés.

Fait à _____ le _____
Visa du Souscripteur **Visa de l'Assuré**

Directeur du Développement Commercial
 Administration Commerciale
Visa de l'Assureur
 01 B.P. 4092 ABIDJAN 01