SCA INTER A

SCA – INTER A

SOCIETE DE COURTAGE D'ASSURANCE INTER AFRICAINE

GESTIONNAIRE DE FONDS MALADIE

Cocody II Plateaux–Angle Rue L84 – 22 BP 1742 Abidjan 22 –Tél. : 22 52 26 12 – Fax : 22 52 26 13 – www.sca-inter-a.com/

Garantie Financière: SERENITY SA - Agrément : N°346/MEF- R.C. N°346/MEF- R.C. N°CI-ABJ-2007-B-6830 C.C.N° 1017396 L Cocody

BULLETIN D'ADHESION

SOUSCRIPTEUR :

Nom (Société, Organisme ou Personnel) : BURIDA.....

Adresse : BPV 258 ABIDJAN.....

Téléphone : 22 41 22 11 Fax : 22 41 22 12.....

Secteur d'Activité :GESTION DU DROIT D'AUTEUR ET DES DROITS VOISINS

ASSURES :

	NOM	PRENOMS	DATE ET LIEU DE NAISSANCE	SEXE	PROFESSION
ASSURE PRINCIPAL					
CONJOINT					
ENFANT (1)					
ENFANT (2)					
ENFANT (3)					
ENFANT (4)					

(1) Mentionner M pour Masculin

F pour Féminin

1- **Ne remplir les cases réservées au conjoint et aux enfants que si vous souhaitez qu'ils soient couverts.**
2- **Les réponses doivent être claires, écrites lisiblement et en toutes lettres.**

(: **Tout trait tiré en travers d'une case ne constitue pas une réponse.** le

	ASSURE	*CONJOINT*	*ENFANT (1)*	*ENFANT (2)*	*ENFANT (3)*	*ENFANT (4)*
* Nom * Prénoms						
* Taille / Poids ?						
* Avez-vous déjà assuré ? * Depuis quand ? * A quelle(s) compagnie(s) ?						
* Le contrat a-t'il été résilié ? * Quand ? * Motif e la résiliation ou du Changement ?						
* Etes-vous actuellement en Arrêt de travail ? * Depuis quand ?						
* Suivez-vous actuellement Un traitement médical ou un Régime ? * Lequel ? * Pou quels motifs ? Depuis quelle date ?						
* Etes-vous atteint d'une Infirmité, d'une invalidité ou D'une maladie chronique ? * Laquelle ? Depuis quelle date ?						
* Devez-vous subir une Intervention chirurgicale ? * Date prévue ? * Motifs ?						
* Pour les femmes : * Etes-vous en état de Grossesse ? * Nombre de mois ? * Nombre d'enfants ? * Vos couches ont-elles été Normales ?						
Au cours des 3 dernières années :						
*Avez-vous dû interrompre Votre travail plus de 30 jours Consécutifs pour maladie ou Accident ? * A quelle date ?						

* Pour quels motifs ? * Durée totale des arrêts de						
	ASSURE	**CONJOINT**	**ENFANT(1)**	**ENFANT(2)**	**ENFANT(3)**	**ENFANT(4)**
* Avez-vous subit un Traitement médical ou un Régime ? * Lequel ? * Pour quels motifs ? * A quelle date ? * Pendant quelle durée ?						
* Avez-vous subit des Examens médicaux ? * A quelle date ? * Pour quels motifs * Résultats ?						
* Avez-vous séjourné dans Un établissement hospitalier (Hôpital, clinique, maison de Santé…) ? *A quelles dates ? * Pour quels motifs * Pendant quelle durée ?						
* Souffrez-vous ou avez été Atteint de : * Maladie de l'appareil respiratoire ? * Date ? * De quelle nature ?						
* Maladies de l'appareil Cardio-vasculaire ? * Date ? * De quelle nature ?						
* Maladies de l'appareil Digestif ? * Date ? * De quelle nature ?						
* Maladies de l'appareil urinaire Et génital ? * Date ? * De quelle nature ?						
* Maladies du système Nerveux ? * Date ? * De quelle nature ?						
* Maladies neuro-psychiques ? * Date ? * De quelle nature ?						
* Maladies musculaires et Neuro-musculaires ?						

	ASSURE	CONJOINT	ENFANT(1)	ENFANT(2)	ENFANT(3)	ENFANT(4)
* Maladies du sang, des Ganglions ou de la rate ? * Date ? * De quelle nature ?						
* Maladies endocriniennes ou Métaboliques ? * Date ? * De quelle nature ?						
* Maladies des os ou des Articulations ? * Date ? * De quelle nature ?						
* Maladies de la peau ? * Date ? * De quelle nature ?						
* Maladies infectieuses Sévères ou compliquées ? * Date ? * De quelle nature ?						
* Maladies parasitaires ou Mycoses ? * Date ? * De quelle nature ?						
* Maladies des organes des Sens, troubles oculaires ou Auditifs ? Date ? * De quelle nature ?						
* Maladies dentaires * Date ? * De quelle nature ? * Portez-vous une prothèse Dentaire ?						
* Autres maladies à déclarer ?						

Je soussigné :…… certifie l'exactitude des Déclarations ci-dessus que j'ai relues et qui serviront de base au contrat à intervenir.

Je prends la responsabilité des réponses ci-dessus, même si elles sont écrites par une autre personne et je reconnais savoir que toute fausse déclaration ou réticence entraînerait la nullité du contrat conformément à la loi, les primes payées et les primes échues étant acquises dans ce cas à la Société d'Assurances.

Je joins au présent document :

- Une (01) photo d'identité pour chaque assuré
- Une (01) copie de l'extrait de naissance ou la fiche d'état civil (Uniquement pour les enfants)
- Une (01) attestation de travail pour les salariés des entreprises ou sociétés souscripteurs .

Fait à Abidjan, le :……

Signature :

OBSERVATIONS ET DECISIONS

Département Santé	Médecin Conseil SCA INTER A
Date :……. Signature :	Date :…… Signature :