

RISQUE DE SEJOUR

SEJOURS PROFESSIONNELS A L'ETRANGER

NOM : PRENOM : AGE :

PROFESSION : ACTIVITE PRECISE :

NOM DE L'EMPLOYEUR OU RAISON SOCIALE : SECTEUR D'ACTIVITE :

SEJOURS PREVUS DANS LES 12 PROCHAINS MOIS (*)

PAYS :	VILLES :	DUREE :	MOTIFS :
.....
.....
.....

SEJOURS ANTERIEURS

PAYS :	VILLES :	DUREE :	MOTIFS :
.....
.....
.....

Lors d'un séjour à l'étranger :
Avez-vous contracté une maladie ?

NON OUI Où ?
Laquelle ?
Quand ?
Séquelles ?

Avez-vous été victime d'un accident ?

NON OUI Où ?
Quand ?
Séquelles ?
Circonstances ?

(*) Excepté dans les pays suivants : Union Européenne, Australie, Canada, Islande, Japon, Nouvelle Zélande, Norvège, Suisse, USA.

Je certifie avoir répondu consciencieusement au questionnaire susmentionné qui est destiné à faire partie intégrante de ma proposition d'assurance.

DATE

SIGNATURE