

FORMULAIRE DE SOUSCRIPTION ASSURANCE ACCIDENT PERSONNEL

SOUSCRIPTEUR			ASSURÉ PRINCIPAL		
Raison Sociale :	No Patente :	No Immatriculation :	Nom :	Prénom :	
Nom :		Prénom :	Occupation Professionnelle :		
CIN :	NIF :	Autre à préciser :	CIN :	NIF :	Autre à préciser :
Date de naissance : JJ / mm / année	Sexe : M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	État civil : Célibataire <input type="checkbox"/> Marié <input type="checkbox"/> Divorcé <input type="checkbox"/> Veuf <input type="checkbox"/> Union libre <input type="checkbox"/>	Date de naissance : JJ / mm / année	Sexe : M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	État civil : Célibataire <input type="checkbox"/> Marié <input type="checkbox"/> Divorcé <input type="checkbox"/> Veuf <input type="checkbox"/> Union libre <input type="checkbox"/>
Adresse domicile : No: Rue: Ville : Pays :		Téléphone Travail : Cellulaire : Email :	Adresse domicile No: Rue: Ville :		Téléphone Résidence : Travail : Cellulaire : Email :

BÉNÉFICIAIRE(S)

NOTE : Le BÉNÉFICIAIRE reçoit le Capital Assuré lorsque que l'ASSURÉ PRINCIPAL est décédé suite à un accident.

NOM	PRÉNOM	DATE DE NAISSANCE	NIF	AUTRE PIECE	LIEN DE PARENTÉ

PLAN

PLAN	PLAN I : 500,000 Gdes	PLAN II : 750,000 Gdes
PRIME À PAYER +Taxes	101 Gdes / mois	151 Gdes / mois

INFORMATION SUR LE MODE DE PAIEMENT DE LA PRIME

Paiement par Débit automatique : Compte d'épargne No : Compte courant No :	Paiement par Débit automatique de Carte de Crédit : Carte de Crédit No : Visa <input type="checkbox"/> MC <input type="checkbox"/> Date d'expiration : mm / année
---	--

DÉCLARATION ET AUTORISATION

Je déclare que toutes les informations fournies dans ce formulaire sont sincères, vraies et exactes et j'autorise la UniAssurances S.A. à les vérifier auprès de tout tiers susceptible de la renseigner. Je conviens que la soumission de ce formulaire n'entraîne en aucune façon l'émission à mon profit d'une Police d'Assurance de Services Funéraires et que l'approbation ou le refus de la Police dépend uniquement de la volonté discrétionnaire de la UniAssurances S.A. J'accepte que ce formulaire serve de base et fasse partie intégrante de la Police d'Assurance de Services Funéraires dans le cas où la UniAssurances S.A. consentirait à garantir le risque déclaré. Je reconnais que toute inexactitude, toute fausse déclaration et toute omission de ma part peuvent, à la discrétion de la UniAssurances S.A., entraîner la déchéance de toute Police que je souscrirais, sans responsabilité aucune pour la UniAssurances S.A.

J'autorise la UniAssurances S.A. à requérir le cas échéant de tout médecin, hôpital, fournisseur de soins, des informations additionnelles de santé me concernant dans le but de vérifier mon état de santé. La copie de cette déclaration servira de preuve de mon autorisation à cet effet.

J'autorise la UniAssurances S.A. à échanger avec toute institution dûment autorisée faisant office de Centrale de Risques ou de Bureau de Crédit toute information requise en bonne et due forme, ce, sans enfreindre aucune règle de confidentialité, ni encourir aucune responsabilité.

Je déclare avoir pris connaissance des Conditions Générales et je reconnais que le paiement de la prime initiale constitue la confirmation de mon acceptation des dites conditions. J'autorise la UNIBANK et/ou la UniCarte à débiter le compte mentionné aux présentes aux fins de payer régulièrement la prime au profit de la UniAssurances S.A.

Fait à.....le.....

Lu et approuvé,

Le SOUSCRIPTEUR

L'ASSURÉ PRINCIPAL

SECTION RÉSERVÉE À LA UNIASSURANCES

Approuvé :	Refusé :	Motif :	Visa
------------	----------	---------	------

UniAssurances, S.A.: angle rues Clerveaux et Lambert, Pétiön-Ville,
Port-au-Prince, Haïti, HT6140; Tel.: 509-2299-2408