

SOUSCRIPTEUR (LA TONTINE) * : _____ Numéro Police : _____

ASSURÉ*

Nom : _____ Prénoms : _____

Date de naissance : _____ Lieu de naissance : _____

Adresse Postale : _____ Téléphone : _____

N° d'identification Unique (NIU) : _____ Situation matrimoniale : _____

Bénéficiaires :

LA TONTINE _____	À hauteur des cotisations restantes dues sur les opérations de tontines (*)	Veuillez confirmer avec un « OK » :	
Noms des bénéficiaires pour le reliquat après déduction de la partie du capital permettant de couvrir les engagements (*) au niveau de LA TONTINE.			
Primes :	Niveau de sécurité (1 à 13)	Capitaux assurés	Prime Annuelle TTC

 Quels sont vos tailles et poids ? _____ m _____ Kg Pression artérielle : Maximum _____ Minimum _____
 Avez-vous grossi ou maigri de plus de 5 kg depuis 6 mois ? Oui Non Avez-vous grossi ou maigri de plus de 5 kg depuis 6 mois ? _____

	Non	Oui	PRECISIONS (à enregistrer en cas de réponse affirmative)
Etes-vous actuellement en bonne santé ?			Si non, de quoi souffrez-vous ? Depuis quand ?
Etes-vous titulaire d'une pension d'invalidité ?			Taux :
Etes-vous actuellement en arrêt de travail ?			Motifs :
Durant les 5 dernières années, avez-vous dû interrompre votre travail pendant plus d'une semaine ?			Date, durée de chaque arrêt, motif ?
Avez-vous été victime d'accident ?			Date et Séquelles :
Avez-vous souffert, souffrez-vous d'une maladie ou d'une infirmité ?			Laquelle ?
Avez-vous fait récemment l'objet d'une analyse de sang comportant le test de dépistage de l'hépatite B ou du SIDA ?			Date et Résultat :
Avez-vous déjà subi une perfusion ?			Date et Motif :
Avez-vous déjà subi une transfusion sanguine ?			Date et Motif :
Devez-vous être hospitalisé(e) prochainement ou subir des examens médicaux ?			Date, Nature, Motif :
Avez-vous subi des interventions chirurgicales ou devez-vous être opéré (e) prochainement ?			Date, Nature :
Consommez-vous des boissons alcoolisées quotidiennement (bière, vin, apéritif) ?			Quantité journalière :
Etes-vous fumeur ?			Quantité journalière :
Suivez-vous un régime ou un traitement médical ?			Lesquel ?
Présentez-vous ou avez-vous présenté un des symptômes suivants : éruption cutanée, présence de ganglions anormaux, diarrhée chronique, fièvre prolongé ?			Lesquels ?
Présentez-vous ou avez-vous présenté une des maladies suivantes : méningite, affection des poumons, hépatites B, verrues fréquentes, mycoses, affections génitales ?			Lesquels ?

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 Souscripteur

Visa Assuré

Visa Assureur

BULLETIN INDIVIDUEL D'ADHESION NSIA TONTINES



Encadré du contrat vie

Cet encadré a pour objet d'attirer l'attention du souscripteur (ou de l'adhérent) sur certaines dispositions essentielles de la proposition d'assurance (ou du projet de contrat). Il est important que le souscripteur (ou l'adhérent) lise intégralement la proposition d'assurance (ou le projet de contrat), et pose toutes les questions qu'il estime nécessaires avant de signer le contrat (ou le bulletin d'adhésion).

1. Ce contrat est un contrat d'assurance vie groupe destiné à l'adhésion des membres de LA TONTINE.
2. Il a pour objet le paiement d'un capital en cas de décès toute cause ou d'Invalidité Absolue et Définitive du membre de LA TONTINE. C'est la garantie principale.

Il garantit en outre le paiement du solde restant dû de tout prêt contracté par l'adhérent en interne au niveau de LA TONTINE, en cas de décès ou d'invalidité absolue et définitive. C'est la garantie additionnelle.

Le contrat ne comporte pas une garantie en capital au moins égale aux sommes versées, nettes de frais de gestions et acquisitions.

3. Le versement des prestations se fait dans le délai de dix (10) jours à compter de la réception des pièces prévues au contrat.
4. Le contrat ne prévoit pas de participation aux bénéfices contractuelle.
5. Ce contrat ne comporte pas de valeur de rachat, ce qui rend impossible son rachat (partiel ou total) ou sa mise en réduction. Il ne donne pas droit aux avances.
6. En cas de résiliation avant le terme fixé aux conditions particulières, il est reversé au souscripteur la provision mathématique évaluée à la date de rupture.
7. Le paiement de la prime ne s'accompagne pas de celui d'autres frais en dehors des frais accessoires et de la taxe.

- Frais accessoires : 10 000 FCFA
- Taxe : Selon la législation en vigueur.

NSIA Vie Assurances

Société Anonyme avec Conseil d'Administration, Entreprise régie par le Code des Assurances,
 Au capital de 3 000 000 000 FCFA entièrement libéré,
 Siège social : Bonapriso 1855, Avenue Paul SOPPO PRISO,
 Douala Cameroun
 Registre du Commerce RC/DLA/2019/M/4535 B.P. 2759 Douala
 Tél. : (237) 233 50 27 50 – 233 50 27 52 – Fax : (237) 233 43 32 10
 E-mail : nsiaviecameroun2@groupeinsia.com