

DEMANDE DE RENOUELEMENT D'ASSURANCE MÉDICALE À COUVERTURE GÉNÉRALE

**VEUILLEZ
RÉPONDRE
À TOUTES
LES
QUESTIONS**

**INFORMATION
SUR LE
COURTIER**

Personne assurée		N° de police	
Date de naissance JJ/MM/AAAA	Taille :	Poids actuel :	
Adresse			
Courtier / agent / consultant			
Nom et numéro de téléphone			
Les énoncés et les particularités du formulaire de la demande originale, que vous avez signé, sont-ils encore exacts en date de signature de cette demande de renouvellement?	<input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non, veuillez préciser :	
Actuellement, n'avez-vous aucune blessure ni maladie, et occupez-vous un emploi actif?	<input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non, veuillez préciser :	
Avez-vous reçu des conseils médicaux ou chirurgicaux, ou un traitement pour un trouble de santé depuis la date de demande indiquée plus haut?	<input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui, veuillez préciser :	
Avez-vous changé vos habitudes de déplacement et de voyage depuis la signature de la demande originale?	<input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui, veuillez préciser :	
Exercez-vous une activité récréative (chute libre, pilotage d'un avion, hélicoptère, deltaplane ou montgolfière, plongée sous-marine, course d'automobile, de motocyclette ou de bateau, etc.) non mentionnée dans votre demande originale?	<input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui, veuillez préciser :	

J'accepte que, en tenant compte de la période de couverture en question, la présente demande de renouvellement et le formulaire de la demande originale mentionné au paragraphe 1 servent de fondement au renouvellement de la couverture.

Signature de la personne assurée

Date