مطبوعة البيانات الموجهة إلى مؤسسة التأمين

FICHE D'INFORMATION ADRESSEE A L'ENTREPRISE D'ASSURANCE

(Ce document n'a pas de valeur contractuelle)

I/ PERSONNE A ASSURER /المؤمن له

Nom et Prénom / الإسم واللّقب : _____

CIN / ب. ت. و ☐ Passeport / جواز سفر ☐ Carte de Séjour / بطاقة الإقامة ☐ N° _____

Date de naissance / تاريخ الميلاد /_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/

II/ Prêt / Capital à assurer : الدين/ رأس المال المؤمن

1- Organisme Préteur :..... المؤسسة المقرضة

2- Montant du Prêt / Capital à assurer : ..... قيمة الدين / رأس المال المؤمن

3- Date d'effet /_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/..... تاريخ الفاعلية

4- Date du 1er Remboursement du Principal /_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/ تاريخ أول تسديد لأصل الدين

5- Date du dernier remboursement du Principal /_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/ تاريخ أخر تسديد لأصل الدين

6- Type d'Amortissement / طبيعة إستهلاك الدين

Dégressivité Linéaire ☐ Dégressivité non Linéaire (Remboursement Constant) ☐

7- Périodicité de l'Amortissement /دورية إستهلاك الدين

Unique ☐ قسط وحيد Annuel ☐ سنوي Semestriel ☐ سداسي Trimestriel ☐ ثلاثي Mensuel ☐ شهري

Autres/ أخرى ☐ à préciser / للتوضيح .....

8- Taux d'Intérêt / نسبة الفائدة (en chiffres/ بالأرقام)

9- Garanties / التغطيات

- Décès / الوفاة ☐
- Invalidité Absolue et Définitive / العجز الكلي والنهائي ☐
- Autres/ أخرى .....

☐ J'ai lu, compris et accepté tout ce qui est inscrit dans cette fiche/ إطلعت وفهمت وقبلت كل ما ورد بهذه المطبوعة

LE DIRECTEUR D'AGENCE

.....

Signature de la Personne à Assurer

Le Chargé du Dossier :

Fonction : MME. /Mr .....

Poste téléphonique: .....

ftusa
الجامعة التونسية لشركات التأمين
Fédération Tunisienne des Sociétés d'Assurances

CONSTATATION MEDICALE DE DECES*

الشهادة الطبية للوفاة

(A faire remplir par le Médecin traitant ou le médecin qui a constaté le décès)

Défunt (Assuré): Nom.....Prénom :.....

Date de naissance : /_//_/ /_//_/ /_//_//_/_/

Adresse :.....

N° Pièce d'Identité : (CIN ou autres)..... .....

Etes-vous le médecin traitant qui a constaté le décès du défunt (Assuré) : ☐ Oui ☐ Non

Si non Nom .....Prénom : .....du médecin traitant

Je soussigné Dr ..... ; certifie que le décès de la personne désignée ci-dessus est survenu le : /_//_/ /_//_/ /_//_//_//_/ à heure(s).....mn à :.....(lieu)

<u>Si le décès est consécutif à une maladie :</u>

Nature de la maladie :.....

1. **A quelle date remonte le début de la maladie qui a causé le décès ?(le cas échéant mois et année) :**
   /_//_/ /_//_/ /_//_//_//_/
2. **A quelle date le défunt (l'assuré) a pris connaissance de la maladie? /_//_/ /_//_/ /_//_//_//_/**
3. **A quelle date remonte la cessation de son activité professionnelle suite à une maladie ou accident?**
   /_//_/ /_//_/ /_//_//_//_/

<u>Si le décès est de cause naturelle :</u>

1. **<u>Cause du décès :</u>**
   a- **Cause immédiate (complication ou nature de l'évolution terminale qui a entrainé la mort) .....qui est consécutive à.....**
   b- **Cause initiale (état morbide à l'origine de l'enchainement qui a conduit au décès).....**
2. **<u>Causes associées</u> (état morbide ou physiologique (exemple grossesse) ayant contribué à l'évolution fatale et depuis quand le diagnostic est-il établi ;.....**
   ☐ **HTA (depuis :.....)** ☐ **Cardiopathie (depuis :.....)**
   ☐ **Diabète (depuis :.....)** ☐ **Dyslipidémie (depuis :.....)**
   ☐ **IRC (depuis :.....)** ☐ **Hépatite chronique /Cirrhose (depuis :.....)**
   ☐ **Autres (depuis :.....)**
3. **Existence d'autopsie :** ☐ **Oui** ☐ **Non**

Si le décès est consécutif à un accident :

1. Nature de l'accident :.....
2. Date de l'accident :.....
3. Lieu de l'accident :.....
4. Existence d'autopsie : ☐ Oui ☐ Non

Si le décès est dû à un suicide :

Le suicide peut-il être considéré comme ? ☐ Volontaire ou ☐ Inconscient

1. Nom et adresse du Médecin ayant constaté le décès .....Tél :.....
2. Existence d'autopsie : ☐ Oui ☐ Non

Fait à.....le.....

Nom et Prénom du Médecin

Signature et Cachet

*Ce document a été rédigé le plus succinctement possible. Le médecin est prié de répondre avec précision à toutes les questions afin de fournir les prestations dues aux bénéficiaires de l'assurance. Ce document est confidentiel et sera remis sous pli fermé au Médecin Conseil de l'Entreprise d'Assurance.

L'Entreprise d'Assurance garantit la protection des données à caractère personnel du défunt (assuré) et ce conformément aux dispositions de la loi organique n°2004-63 du 27 juillet 2004 et des textes qui la modifient et la complètent.