

**BULLETIN D'ADHESION / REGISTRATION FORM**  
**ASSURANCE ASSISTANCE MOBILITE – PROFIL SANTE**  
CONTRAT TOKIO MARINE HCC\* N° 35 526 391

**SOUSCRIPTEUR / UNDERWRITER :**

NOM / LAST NAME : ..... PRENOM / FIRST NAME: .....

DATE DE NAISSANCE / BIRTHDATE : ..... SEXE / GENDER : .....

NATIONALITE / NATIONALITY: .....

- Avez-vous été hospitalisé ou avez- vous subi une intervention chirurgicale au cours des 10 dernières années ?  
OUI/NON .....
- Etes-vous actuellement sous surveillance médicale (traitement, soins médicaux, médicaments) ?  
OUI/NON.....
- Etes-vous ou avez-vous été atteint d'une maladie, d'une infection ou d'un accident ayant entraîné une surveillance médicale de plus de 30 jours ?  
OUI/NON .....
- Avez-vous subi des tests biologiques et/ou sérologiques dont les résultats ont été anormaux ?  
OUI/NON.....

**Je soussigné, ....., certifie que les réponses ci-dessus, même écrites sous ma responsabilité par un tiers, sont sincères et à ma connaissance véritable.**

**Je suis averti que toute réticence ou fausse déclaration, intentionnelle ou non, est susceptible d'entraîner les sanctions prévues aux articles L 113-8 et L 113-9 du Code des Assurances.**

**DATE ET SIGNATURE (précédée de la mention « lu et approuvé »)**

Fait à ..... Le ...../...../.....