



CAUTION
WET FLOOR



*Assurance Individuelle Accident
Questionnaire*



ASCOMA

Conseil & Courtier en Assurances

SOYEZ ASSURÉS DE NOTRE ENGAGEMENT

INDIVIDUELLE ACCIDENT PROPOSITION DE CONTRAT

Je soussigné(e) _____ ,
reconnait être informé(e) et consentir à ce que Les informations collectées me concernant, fassent l'objet d'un traitement destiné exclusivement à ASCOMA CÔTE D'IVOIRE, ses partenaires en santé et tiers autorisés, conformément aux dispositions de la loi en vigueur relative à la protection des données à caractère personnel, notamment la loi n°2013-450 du 19 juin 2013 en Côte d'Ivoire, et le RGPD (Règlement (UE)2016-679). Mes données à caractère personnel sont collectées dans l'unique but de fournir une proposition d'assurance conforme et adaptée à mes besoins. Les données collectées me concernant, seront conservées pendant toute la durée du contrat ou jusqu'à la fin des éventuels sinistres en cours. À défaut de souscription d'un contrat d'assurance, les données collectées me concernant seront détruites. Dans le cadre de la souscription d'un contrat d'assurance, je dispose d'un droit d'accès à mes données, d'un droit de rectification et d'effacement de celles-ci, ainsi qu'un droit à une limitation du traitement, d'un droit d'opposition et d'un droit à la portabilité de mes données. Pour se faire il me suffit de contacter le Responsable de Traitement à l'adresse postale suivante : **ASCOMA CÔTE D'IVOIRE DPO** – Immeuble les Hévéas – Boulevard Carde – Plateau – 01BP 1554 Abidjan - Côte d'Ivoire ou par Email : dpo.zao@ascoma.com. Enfin, je peux également introduire une réclamation auprès de l'Autorité de Régulation des Télécommunications/TIC de Côte d'Ivoire (ARTCI) à l'adresse postale suivante : **ARTCI** - Marcory Anoumanbo - 18 BP 2203 Abidjan 18 - Côte d'Ivoire, Téléphone : +225 20 34 43 73 / +225 20 34 43 74, Fax : +225 20 34 43 75, adresse Email: courrier@artci.ci , Site web : www.artci.ci

À _____ Le _____

SIGNATURE :

I. IDENTIFICATION DU PROPOSANT

- Nom et prénoms :
- Date de naissance :
- Adresse :
-
- Tél. Bureau : - Tél. domicile : - Cél. :

II. ACTIVITÉS EXERCÉES

• **Activité principale :**

- Profession :
- Activité principale exercée :
- Grande circulation OUI NON
- Description de l'activité (si industrie ou artisanat) :
- Outils dangereux utilisés :
- Activités accessoires :
-
- Activités sportives et diverses :
-

III. ASSURÉ

- **Êtes-vous déjà assuré ? :** OUI NON

Si oui :

- Nom de la société :
- Capitaux garantis :

IV. ÉTAT DE SANTÉ

- Taille : - Poids : Gaucher Droitier
- Surdité : Partielle Totale
- Vision : Très bonne Moyenne - Pathologie (préciser) :
- Infirmitt  :

→ Nature :

→ Degré :

- Maladies chroniques :

Maladies de la moelle épinière

Cancer

Albuminurie

Ulcère

Tuberculose

Diabète

Épilepsie

Autres (à préciser) :

V. GARANTIES DEMANDÉES

- Décès : FCFA

- Incapacité Permanente : FCFA

- Frais de traitement : FCFA

- Indemnité Journalière (avec franchise de 07 jours) : FCFA

- Bénéficiaire(s) désigné(s) :

.....

.....

Je certifie sincères les déclarations et réponses ci-dessus.

Je demande à être assuré suivant les garanties demandées, la présente proposition ne pouvant en aucun cas valoir de Note de Couverture.

À le

L'apporteur :

Le proposant :