

# Questionnaire sur séjours et voyages à l'étranger

ElipsTria

---

## Contrat

Contrat-cadre \_\_\_\_\_

Numéro de police \_\_\_\_\_

Preneur d'assurance \_\_\_\_\_

---

## Personne assurée

Nom, prénom \_\_\_\_\_

Date de naissance \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  Male  Female

Numéro d'assurance sociale \_\_\_\_\_

---

**Veillez répondre aux questions suivantes portant sur les risques liés aux séjours et aux voyages à l'étranger:**

- 1 Veillez indiquer précisément votre lieu de séjour et votre statut de séjour actuel en précisant la durée de votre séjour et, le cas échéant, l'autorisation d'entrée dans le pays:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- 2 Veillez indiquer précisément les séjours et les voyages effectués à l'étranger au cours des cinq dernières années (à l'exception des vacances de moins de quatre semaines):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Date	Pays/Région	Purpose	Durée	Fréquence

- 3 Veillez indiquer précisément les séjours et les voyages à l'étranger en dehors de l'UE et de l'Amérique du Nord que vous devriez effectuer au cours des cinq prochaines années (à l'exception des vacances de moins de quatre semaines):

Date	Pays/Région	But	Durée	Fréquence

Personne assurée: \_\_\_\_\_

---

4 Brève description de votre activité professionnelle et/ou des autres activités prévues pendant le séjour ou le voyage à l'étranger:

---

---

---

---

5 Veuillez donner des informations sur votre lieu de séjour: moyens de transport, ravitaillement, accès aux services médicaux:

---

---

---

6 Autres informations importantes relatives à votre lieu de séjour et à votre voyage:

---

---

---

---

#### Déclaration

Je certifie qu'à ma connaissance des présentes déclarations sont exactes et complètes et que je n'ai omis aucune information pouvant influencer sur l'évaluation ou l'acceptation de la présente demande. Je déclare reconnaître que ce questionnaire fera partie intégrante de ma proposition d'assurance et que les renseignements fournis serviront de base à l'évaluation de l'assureur. En outre, mon attention a été attirée sur le fait que l'assurance serait nulle en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle.

---

Lieu, date

Signature de la personne assurée

---

**Remarque:** Veuillez envoyer tous les documents demandés à l'adresse suivante:

**Confidentiel, elipsLife, Service médical, Thurgauerstrasse 54, case postale, 8050 Zurich-Oerlikon**

Le service médical se tient à votre disposition pour répondre à toutes vos questions:

**Téléphone au +41 44 215 45 40 ou par E-mail [underwriting@elipslife.com](mailto:underwriting@elipslife.com)**