

## QUESTIONNAIRE D'ASSURANCE VOYAGE

### Principe

Ce produit s'adresse aux personnes âgées de moins de 70 ans, soumettant une demande de visa, pour effectuer des séjours à l'étranger d'une durée maximale de 3 mois consécutifs.

### ELEMENTS A COMMUNIQUER

**NOMS & POST-NOM** : .....

**PRENOM** : .....

**DATE DE NAISSANCE** : ..... **LIEU** : .....

**NATIONALITE** : ..... **PAYS DE RESIDENCE** : .....

**N° PASSEPORT** : .....

**ADRESSE** : .....

**EMPLACEMENT SOCIETE OU DOMICILE** : .....

**DATE D'EFFET (départ)** : .....

**DATE D'ECHEANCE (retour)** : .....

**DUREE DE SEJOUR** : .....

**DESTINATION** : .....

**P.J** : Photocopie du passeport

**NB** : La prime est payable au comptant et en espèce

Fait à..... , Le .....

**SIGNATURE DE L'ASSURE**

INCENDIE AUTO SANTE VIE COMMERCIALE TRANSPORT VOYAGE HABITATION

Adresse : 90AB Boulevard du 30 juin, immeuble Paradiso local 101, Kinshasa/Gombe  
RCCM : CD/ KNG/RCCM/18-B-00821ID.NAT : 01-83-N33660L N° Impôt : A1812529P

Téléphone : +243 821 920 300

Email : [contact@assurancesokapi.com](mailto:contact@assurancesokapi.com) - Site Web : [www.assurancesokapi.com](http://www.assurancesokapi.com)