



Golden Care[®] Déclaration médicale • Medical Declaration

VOTRE ASSURANCE SANTÉ PARTOUT DANS LE MONDE • YOUR HEALTH INSURANCE AROUND THE WORLD

Ce document fait suite au questionnaire de santé de votre bulletin de souscription. Ces précisions confidentielles seront traitées comme telles par notre médecin conseil.
This document is complementary to the health questionnaire of your application form. Its contents shall be treated confidentially by our medical advisor.

► Contractant / Subscriber

Nom / Name : Prénom / First Name :

Date de naissance / Date of Birth : Jour / Day : Mois / Month : Année / Year :

Nom et Prénom Name and first name	N° de la question Question number	Date de l'événement Date of the event <small>Jour Mois Année Day Month Year</small>	Diagnostic Diagnosis	Nature des traitements reçus Nature of treatment followed	Etat actuel Current condition	Traitements prévus Future treatments
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Signature :

Date: Jour / Day : Mois / Month : Année / Year :