GOLDEN CARE®

Votre partenaire
Santé partout
dans le monde

DECLARATION MEDICALE

Ce document fait suite au questionnaire médical de votre bulletin de souscription. Ces précisions confidentielles seront traitées comme telles par notre Médecin Conseil.

N° de proposition :		**Nom** :		**Prénom :**		**Date de naissance**	

Question n°	**Date de l'évènement**	**Diagnostic**	**Nature des traitements reçus**	**Etat Actuel**	**Traitements prévus**

Signature: _____ Lieu: _____ Date :_____/_____/_____