SUPPLÉMENT CONCERNANT L'INFORMATION PARAMÉDICALE ADDITIONNELLE

Appréciation des risques - Complément aux antécédents médicaux

Nom de l'assure (prénom, second prénom, nom de famille)	Date de naissance (jj/mm/aaaa)	Numéro de police

Question no	Détails

Signature de la personne qui a effectué l'exame X	Date (jj/mm/aaaa)
Signature de l'assuré X	Date (jj/mm/aaaa)

MD Marque déposée de **L'Empire, Compagnie d'Assurance-Vie**. Les polices sont établies par **L'Empire, Compagnie d'Assurance-Vie**.

Empire Vie MD