

Assurance Décès – Invalidité

Bulletin individuel d'adhésion

Bulletin modificatif (Annule et remplace le précédent)

Souscripteur

Police N° : 201726 رقم العقد : Bulletin individuel d'adhésion N : _____ : بطاقة شخصية للإنخراط رقم :
N° de DRPP : _____ رقم التأجير : Matricule : _____ الرقم الاستدلالي :

Adhérent

Nom et Prénom(s) : _____ الجنس : أنثى ذكر Sex : H O الإسم الشخصي والعائلي :
Date et lieu de naissance : _____ CIN N° : _____ تاريخ ومكان الإزدياد :
Adresse de correspondance : _____ عنوان المراسلة :
Fonction/ Grade : _____ Date d'embauche : _____ تاريخ التوظيف :
Lieu d'affectation : _____ مكان التعيين :
Situation familiale : _____ الحالة العائلية : Nbre d'enfants : _____ عدد الأبناء :
Ancien capital facultatif : _____ مبلغ الرأسمال الإختياري السابق بالدرهم :
Nouveau capital facultatif : _____ مبلغ الرأسمال الإختياري الحالي المؤمن بالدرهم :

Bénéficiaire (s)

Je demande mon adhésion à l'assurance de groupe décès en référence et désigne _____ أطلب إنخراطي في التأمين الجماعي للوفاء المشار إليه وأعين كمستفيد من هذا التأمين
comme bénéficiaire de cette assurance _____

Questionnaire médical (à remplir par l'adhérent ayant souscrit un Capital décès facultatif supérieur à 300 000 DH) استمارة طبية

Etes-vous en arrêt de travail ? Depuis quand ? Pourquoi ?		هل أنت متوقف عن العمل ؟ منذ متى ؟ لماذا ؟
Avez-vous interrompu votre travail durant les 3 dernières années ? Pendant combien de temps ? Pourquoi ?		هل توقفت عن عملك خلال الثلاث سنوات الأخيرة ؟ ما هي المدة ؟ لماذا ؟
Quels sont votre taille et votre poids ?	Cm Kg	ما هو وزنك وطولك ؟
Avez-vous consulté un médecin depuis 3 ans ? Pourquoi ?		هل تم فحصك من طرف طبيب خلال الثلاث سنوات الماضية ؟ لماذا ؟
Souffrez vous d'une infirmité ou d'une maladie chronique ? Laquelle ?		هل تعاني من عاهة جسدية أو داء مزمن ؟ ما هو ؟
Avez-vous eu des maladies graves lesquelles ? A quelle date ?		هل أصبت بمرض خطير أو أجريت لك عملية جراحية ؟
Avez-vous subi un traitement médical ou une intervention chirurgicale ? De quelle nature ?		هل أنت مقدم على علاج طبي أو عملية جراحية ؟ من أي نوع ؟
Etes-vous titulaire d'une pension d'invalidité ? A quel titre ? A quel taux ?		هل لك تعويض عن عجز ؟ بأي صفة ؟ ما هي القيمة ؟

Les questions pour lesquelles l'Assuré n'a pas répondu ou répondu avec des traits seront considérées par la compagnie comme « Rien à signaler ».

Déclaration

Je certifie exactes, complètes et sincères les déclarations et réponses ci-dessus, sachant que toute omission volontaire, dissimulation, indication fautive ou incomplète entraîne la nullité des garanties.
Je déclare avoir pris connaissance des conditions générales du contrat et de la notice d'information et accepter toutes les clauses sans réserve.
Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles qui se trouve au verso du présent bulletin.

أشهد أن جميع التصريحات والأجوبة أعلاه صحيحة وكاملة علما أن كل نسيان متعمد، إخفاء للمعلومات، تصريح خاطئ أو غير كامل يؤدي إلى وقف الاستفادة من التأمين.
وأصرح بأنني على علم بجميع الشروط العامة وكذا البيان الإستعماري لعقدة التأمين المبرمة بيننا، وأوافق على جميع المتضمينات بدون تحفظ.

Réservé à la Compagnie

خاص بالشركة

المؤسسة المتعاقدة «امضاء وختم»
Organisme Souscripteur « Cachet et signature »

بتاريخ في Le
إمضاء الشخص المؤمن مسبق بصيغة «اطلعت ووافقت عليه»
Signature de l'Adhérent Précédée de la mention « lu et approuvé »

Clause « Protection des données personnelles »

Les données personnelles demandées par l'assureur ont un caractère obligatoire pour obtenir la souscription du présent contrat et l'exécution de l'ensemble des services qui y sont rattachés. Elles sont utilisées exclusivement à cette fin par les services de l'assureur et les tiers autorisés.

La durée de conservation de ces données est limitée à la durée du contrat d'assurance et à la période postérieure pendant laquelle leur conservation est nécessaire pour permettre à l'assureur de respecter ses obligations en fonction des délais de prescription ou en application d'autres dispositions légales.

Par ailleurs, la communication des informations de l'assuré/souscripteur est limitée aux communications obligatoires en fonction des obligations légales et réglementaires qui s'imposent à l'assureur et aux tiers légalement autorisés à obtenir les dites informations.

L'assureur garantit notamment le respect de la loi n°09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel. Les données sont protégées aussi bien sur support physique qu'électronique, de telle sorte que leur accès soit impossible à des tiers non autorisés.

L'assureur s'assure que les personnes habilitées à traiter les données personnelles connaissent leurs obligations légales en matière de protection de ces données et s'y tiennent.

Les données à caractère personnel peuvent à tout moment faire l'objet d'un droit d'accès, de modification, de rectification et d'opposition auprès du siège social de SAHAM Assurances, sis au 216, Boulevard Zerktouni - 20000 CASABLANCA - Tél. : 05 22 43 56 00 MAROC.

De manière expresse, l'assuré/souscripteur autorise l'assureur à utiliser ses coordonnées à des fins de prospections commerciales en vue de proposer d'autres services d'assurance. Il peut s'opposer par courrier à la réception de sollicitations commerciales.