-	Challenger.	Art Allendar	Calling.	1	200
SHAME	1000			are id	18
1000		and .		D 50	THE
24000	Alebon.	-	1	B AD	WH.

N° D'ADHESION

Réf. : C.a.a.t 125

## Demande Individuelle d'Adhésion à l'assurance groupe

CONTRACTANT:	(Souscripteur à l'assurance groupe)	and the second	Réservé à la C.A.A.T.
Nom ou raison sociale:			Délivré le :
			Effet de l'adhésion :
		<sup>19</sup> flavent enlov asseo au	- sevs slids eller president rongs
ADHERENT:	2 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	ulan rec en de cu de l'accident, les desa	
Nóm :	(En lettre capitales)	om de jeune fille :	No. 2 on each
Prénom :	Date de nai	issance:	n alugab - alieur, al saspibili soa (8.
dresse personnelle ;		2 22 22	Sexe :
tuation de famille : Célibataire -	Marié (e) - Veuf (ve) - Divorcé (e)	Nombre d'enfants à cha	arge :
eu de l'emploi:		las sons des anocations fait	rimares).
	Y and so	AND THE PARTY OF T	
ete d'entros en concios .			
ato d Grid ee en service	Sal		Formal supplies and St.
	Sal	laire annuel soumis I.T.S. (approximatif)	Moreof religions for the section with the section with the section of the section
NFANTS A CHARGE:	Sal		Trend Indiquer formatil
	Date de naissance		Date de náissance
NFANTS A CHARGE:	and the Assurance	(approximatif) L	Date de náissance
NFANTS A CHARGE:	and the Assurance	(approximatif) L	Date de náissance
NFANTS A CHARGE:	and the Assurance	(approximatif) L	Date de naissance
NFANTS A CHARGE:	and the Assurance	(approximatif)  Prénom	Date de naissance
NFANTS A CHARGE:	Date de naissance	(approximatif) L	Date de naissance
NFANTS A CHARGE:  Prénom	Date de naissance	(approximatif)  Prénom	Alaban angg
VFANTS A CHARGE:  Prénom   Jesoussigné, demande à être a	Date de naissance  dmis à l'Assurance contractée par	(approximatif)  Prénom	Ang one interviews
VFANTS A CHARGE:  Prénom  Je soussigné, demande à être a torise à souscrire sur ma tête une de la compansation de la compansati	Date de naissance  dmis à l'Assurance contractée par  Assurance en cas de décès, pour un ca	(approximatif)  Prénom	Ang one interviews
VFANTS A CHARGE:  Prénom  Je soussigné, demande à être a torise à souscrire sur ma tête une vis générales et particulières de la p	Date de naissance  dmis à l'Assurance contractée par  Assurance en cas de décès, pour un ca	(approximatif)  Prénom	Ang one interviews
VFANTS A CHARGE:  Prénom  Je soussigné, demande à être a torise à souscrire sur ma tête une // s générales et particulières de la p	Date de naissance  Idmis à l'Assurance contractée par  Assurance en cas de décès, pour un casolice.  DECES (1):	(approximatif)  Prénom	Ang one interviews
VFANTS A CHARGE:  Prénom  Je soussigné, demande à être a torise à souscrire sur ma tête une de signérales et particulières de la periodicitaire de la periodicita del la periodicita de la periodic	Date de naissance  Idmis à l'Assurance contractée par  Assurance en cas de décès, pour un casolice.  DECES (1):  du capital en cas de décès :	Prénom  apital dont le montant est défi	ini par le contrat, et approuve les con
VFANTS A CHARGE:  Prénom  Je soussigné, demande à être a torise à souscrire sur ma tête une de s générales et particulières de la periode de l	Date de naissance  Idmis à l'Assurance contractée par  Assurance en cas de décès, pour un casolice.  DECES (1):	Prénom  apital dont le montant est défi	ini par le contrat, et approuve les con

## QUESTIONNAIRE RELATIF A L'ETAT DE SANTE DE L'ADHERENT

Aucune question ne doit être laissée sans réponse. - Les réponses doivent être écrites en toutes lettres.

POINTER II DIRECTOR II DIRECTOR II CALLED II	
1° Étes-vous déjà assuré pour les mêmes risques : si oui :	
N° de Police	1°
2° Avez-vous été refusé par une Société d'assurance ? ou ajoumé ? ou accepté avec surprime ? ou accepté avec des exclusions de garantie ?	2°
3° Etes-vous actuellement et habituellement en bon état de santé ?	3° olasoca Again ugʻiti.
4° Votre état de santé vous permet-il actuellement d'exercer normalement votre activité professionnelle à temps complet ? Sinon depuis quelle date avez-vous cessé votre travail ?	4°
5° Avez-vous dans le passé cessé votre travail par suite de maladie ou d'accident ? . Si oul, indiquer la nature de la maladie ou de l'accident, les dates, et durées de ces	tranahda 5°
6° Avez-vous souffert ou souffrez-vous actuellement d'une maladie aiguë ou chronique ? Si oui, indiquer laquelle ; depuis quelle date, le traitement prescrit	6°
7° Avez-vous subi des interventions chirurgicales ? Si oui, indiquer lesquelles, et depuis quelles dates	7°
8° Etes-vous atteint d'infirmités congénitales ou accidentelles ? Si oui, indiquer lesquelles, et depuis quelles dates	8°
9° Avez-vous une pension d'invalidité civile ou militaire ? Si oui, indiquer le motif, le taux, la date d'attribution	9°
10° Avez-vous šté exempté du service nationale ou ajourné ou réformé ? Si oui, indiquer le motif	10°
11° Autres Indications non prévues ci-dessus et permettant de renseigner les Assureurs sur votre état de santé ?	11°
J'autorise en outre le médecin conseil de la C.A.A.T. à prendre connaissance de mon Sociale pour tout sinistre que je déclarerai au titre du présent contrat.	n dossier médical, auprès de la Caisse de Sécurité
Les sanctions prévues par les articles 21', 72 et 84 de la Loi du 9 Août 1980 (nullité rée) pourraient être appliquées en cas de sinistre s'il était prouvé que l'Adhérent av	
Fait àle	Cachet du contractant
Signature de l'Adhérent, Précédée des mots LUET APPROUVE	
Precedes des mots LUET APPHOUVE	de soussigne, domande a erre pamis à l'Aesun
LA PRESENTE DEMANDE D'ADHESION DOIT ETRE TRANSMISE A LA C.A.A.T. P. L'ASSURANCE GROUPE.	
CONDITIONS PARTICULIERES D'AFFILIAT	BANA A.A. BETWEEN CHARLES WAS TO THE CONTROL SHALL SHA
(Partie réservée à la C.A.A.T)	
spitel sont daux que vous aurez designe ol-dessue. Vous pouvez les désigner nommanne	s ub contability ed sell oup floving hathiob ed (1)