

DEMANDE INDIVIDUELLE D'ADHÉSION
À L'ASSURANCE GROUPE

CONTRACTANT : (Souscripteur de l'Assurance Groupe)

Police n°

NOM OU RAISON SOCIALE :

ADRESSE :

Réservé à AMANA

Certificat N° :

Délivré le :

Effet de l'adhésion :

ADHERENT :

Nom : Nom de jeune fille : (En lettres capitales)

Prénom : Date de naissance : Sexe :

Adresse personnelle :

Situation de famille : Célibataire – Marié – Veuf – Divorcé

Nombre d'enfants à charge :

Lieu de l'emploi : Fonction :

Date d'entrée en service : Salaire annuel soumis : (En chiffres)

..... DA.

Nom & prénom du conjoint :

Enfants à charge au sens des allocations familiales :

Prénom	Date de naissance	Prénom	Date de naissance
.....
.....
.....

Je, soussigné, demande à être admis à l'assurance groupe contractée par l'autorise à souscrire sur ma tête une assurance en cas de décès, pour un capital ayant été défini par le contrat, et approuvé les conditions générales de la police.

BÉNÉFICE EN CAS DE DÉCÈS (1)

Je désigne comme bénéficiaire du capital, en cas de décès :

Nom - Prénom (lien éventuel de parenté) :

.....
.....

(1) Le contrat prévoit que les bénéficiaires du capital sont ceux que vous aurez désignés ci-dessus. Vous pouvez les désigner nommément ou par leur seul qualité tels que les parents, les enfants, etc ...)

أسئلة متعلقة بالحالة الصحية لطالب الانخراط
QUESTIONNAIRE RELATIF A L'ÉTAT DE SANTÉ DU DEMANDEUR D'ADHÉSION

لا يمكن ترك أي سؤال دون جواب، الأجوبة تكون مكتوبة بالحروف كاملة
Aucune question ne doit être laissée sans réponse. Les réponses doivent être écrites en toutes lettres

1- Êtes-vous déjà assuré pour les mêmes risques ? Si oui : n° de police et capitaux assurés.

1- هل سبق لك أن أمنت من نفس الأخطار؟ إذا كان الجواب بنعم، أذكر رقم العقد، المبالغ المؤمن عليها،

2- Avez-vous été refusé par une société d'assurance? Ou ajourné ? Ou accepté avec surprime ? Ou accepté avec des exclusions de garanties ?

2- هل سبق وأن رفضتكم مؤسسة تأمين؟ أو أجلت تأمينك مقابل قسط إضافي أو قبلك مع استثناءات في الضمان؟

3- Êtes-vous actuellement et habituellement en bonne état de santé ?

3- هل حالتك الصحية حاليا أو عادة جيدة؟

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- هل تسمح لك حالتك الصحية حاليا ممارسة نشاطك المهني بصفة عادية ومنظمة؟ إذا كان الجواب بلا، منذ متى توقفت عن عملك؟

5 - Avez-vous dans le passé cessé votre travail par suite de maladie ou accident? Si oui, citez la maladie ou l'accident, sa date, la durée des arrêts de travail.

5- هل سبق لك أن توقفت في الماضي عن ممارسة عملك بسبب مرض أو حادث؟ إذا كان الجواب بنعم، أذكر المرض أو الحادث، تاريخه، مدة التوقفات عن العمل،

6 - Avez-vous souffert ou souffrez-vous actuellement d'une maladie aigue ou chronique? Laquelle ? Êtes-vous sous traitement ?

6- هل سبق لك وأن عانيت أو أنك تعاني حاليا من مرض حاد أو مزمن؟ إذا كان الجواب بنعم، أذكر نوع المرض منذ متى والعلاج الموصوف له،

7 - Avez-vous subi des interventions chirurgicales? Si oui, indiquer lesquelles, les dates et les séquelles éventuelles ?

7- هل أجريت لك عملية جراحية، إذا كان الجواب بنعم أذكر ما هي التواريخ والآثار المترتبة عنها،

8 - Êtes-vous atteints d'une infirmité congénitale ou accidentelle? Si oui, indiquer lesquelles, depuis quelle date et le taux d'incapacité ?

8- هل أنت مصاب بعجز وراثي (خلفي) أو ناتج عن حادث؟ إذا كان الجواب بنعم؟ اذكر ما هو، منذ متى والعلاج الموصوف له؟

9 - Avez-vous une pension d'invalidité civile ou militaire ? Si oui, indiquer le motif, le taux, la date d'attribution et le taux de rente ?

9- هل لديك إيراد (ريع) عن عجز سواء مدنيا أو عسكريا، إذا كان الجواب بنعم، أذكر سبب المنح، نسبة العجز، تاريخ المنحة، ونسبة المنحة،

10 - Avez-vous été exemptés du service national ou ajourné ou réformé ?

10- هل أعفيت من الخدمة الوطنية، أو أجلت أو سؤحت؟ إذا كان الجواب بنعم أذكر السبب،

11 - Autres indications non prévues ci-dessus et permettant de renseigner les assureurs su votre état de santé.

11- هل لديك معلومات أخرى لم ترد ضمن الأسئلة المذكورة أعلاه والتي تسمح للمؤمن أخذ معلومات كافية عن حالتك الصحية؟ إذا كان الجواب بنعم أذكرها،

J'autorise, en outre, le médecin conseil de AMANA à prendre connaissance de mon dossier médical, auprès de la caisse de sécurité sociale pour tout sinistre que je déclarerai au titre du présent contrat.

وفضلا عن هذا، أخصص للطبيب المعالج المستشار لدى شركة التأمين، الاحتياط والصحة الاطلاع على ملفي الطبي لدى صندوق الضمان الاجتماعي وذلك لجميع الأضرار التي أصرح بها والتي تدخل في هذا العقد،

Les sanctions prévues par les articles 21, 72 et 48 de l'Ord. n° 95/07 du 25/01/1995 (nullité de l'assurance - réduction de la somme assurée pourrait être en cas de sinistre si il était prouvé que l'adhérent avait fait une fausse déclaration.

يمكن تطبيق العقوبات المنصوص عليها في المواد 21، 72، و48، من القانون رقم 07/95 الصادر بتاريخ 25/01/1995 (بطلان العقد، تخفيض المبلغ المؤمن عليه عند وقوع ضرر، إذا ثبت أن المنخرط قد قدم تصريحا كاذبا،

J'accepte de me soumettre à des examens médicaux supplémentaires auprès du médecin de AMANA et à mes frais, si AMANA juge mon état de santé présentant des anomalies

أقبل الخضوع لفحوصات طبية إضافية لدى الطبيب المستشار لشركة التأمين الاحتياط والصحة، إذا ارتأت شركة التأمين بأن حالتي الصحية غير عادية،

Fait àLe

حرر ب في

Signature du demandeur d'adhésion إمضاء طالب الانخراط
Précédée des mots Lu et Approuvé مسبق بكلمتي قرئ وصادق عليه

Cachet du contractant

يرسل هذا الطلب إلى شركة التأمين الاحتياط والصحة بواسطة مكتب عقد التأمين
LA PRÉSENTE DEMANDE D'ADHESION DOIT ÊTRE TRANSMISE A AMANA
PAR L'INTERMEDIAIRE DE LA CONTRACTANTE

CONDITIONS PARTICULIERES D'ADHESION

الشروط الخاصة للانخراط في العقد

(Partie réservée à AMANA)