|  |  |
| --- | --- |
| **BULLETIN INDIVIDUEL D'ADHESION** | **استمارة انخراط فردية** |
| ASSURANCE MALADIE COMPLEMENTAIRE, ASSURANCE DECES ET INVALIDITE TOTALE ET DEFINITIVE AU PROFIT DES COLLECTIVITES TERRITORIALES | **التأمين الصحي التكميلي، تأمين الوفاة والعجز الكلي والدائم لفائدة الجماعات** **الترابية** |

⬜ Nouvelle adhésionعضوية جديدة ⬜ Avenant (annule et remplace) تعديل (يلغي ويُستبدل)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Souscripteurs | | | | المكتتبون | | | | | |
| N° Police Décès et IAD | : | 054.2025.00000001 | : | رقم العقد | N° d’adhésion | : | ------------------------ | : | رقم الانخراط |
| N° Police Maladie complémentaire | : | 041.2025.00000026 | : | رقم العقد | Matricule | : | ------------------------ | : | الرقم الاستدلالي |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Adhérent | | | | المنخرط | | | |
| Catégorie | فئة | : | ⬜ Actif / نشيط | ⬜ Retraité / متقاعد | | ⬜ Veufs(ves) / الأرامل | ⬜ Orphelins / الأيتام |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nom et Prénom | : | ---------------------------------- | | : | الاسم الشخصي والعائلي | Genre | : | ⬜ H ⬜ F | : | الجنس |
| Date, lieu de naissance | : | ---------------------------------- | | : | تاريخ و مكان الإزدياد | N° CIN | : | --------------- | : | رقم البطاقة الوطنية |
| Nationalité | : | ---------------------------------- | | : | جنسية | N° PPR ou Pension | : | --------------- | : | رقم التأجير أو المعاش |
| Adresse de correspondance : | | | ---------------------------------------------------------------------------------------------------------------- | | | | | | : | عنوان المراسلة |
| Lieu d’affectation | : | | ---------------------------------------------------------------------------------------------------------------- | | | | | | : | مكان التعيين |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Situation familiale | : | ⬜ Célibataire / عازب (ة) | | | ⬜ Marié(e) / متزوج(ة) | | | ⬜ Divorcé(e) / مطلق(ة) | | ⬜ Veuf(ve) / أرمل (ة) | | | : | الوضعية العائلية |
| N° de GSM | | | : | ---------------------------------- | | : | رقم الهاتف | | e-mail | | : | ---------------- | : | البريد الإلكتروني |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Personnes à charges (les bénéficiaires) – Assurance Maladie | | | | الأشخاص المعالون (المستفيدون) – التأمين الصحي | | | | |
| Prénom | **الاسم الشخصي** | ---------------- | ---------------- | | --------------- | --------------- | ---------------- | ---------------- |
| Nom | **الاسم العائلي** | ---------------- | ---------------- | | --------------- | --------------- | ---------------- | ---------------- |
| Genre | **الجنس** | ---------------- | ---------------- | | --------------- | --------------- | ---------------- | ---------------- |
| Date, lieu de naissance | **تاريخ و مكان الإزدياد** | ---------------- | ---------------- | | --------------- | --------------- | ---------------- | ---------------- |
| N° CIN | **رقم البطاقة الوطنية** | ---------------- | ---------------- | | --------------- | --------------- | ---------------- | ---------------- |
| Lien de parenté | **صلة القرابة** | ---------------- | ---------------- | | --------------- | --------------- | ---------------- | ---------------- |

Afin de nous permettre de procéder au règlement de vos remboursements dans les meilleurs délais, prière joindre à ce bulletin d’adhésion, l’attestation de RIB cachetée par la banque (RIB en 24 chiffres). لتمكيننا من إجراء تسوية تعويضاتك في أقرب وقت ممكن، يُرجى **إرفاق، مع استمارة الانخراط، شهادة رقم الحساب البنكي** مختومة من البنك

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Bénéficiaires – Assurance Décès (Fonctionnaires en activité) | | | | | الأشخاص المعالون (المستفيدون) التأمين على الوفاة | | |
| En cas de décès, je désigne comme bénéficiaires les personnes suivantes, à défaut les ayants-droits : | | | | | في حالة الوفاة، أُعيّن الأشخاص التاليين كمستفيدين، وإلا فذوي الحقوق | | |
| Nom et Prénom | **الاسم الشخصي والعائلي** | Lien de parenté | **صلة القرابة** | | N° CIN | **رقم البطاقة الوطنية** |
| ------------------------------------------------ | | ------------------------------------------------ | | | ------------------------------------------------ | |
| ------------------------------------------------ | | ------------------------------------------------ | | | ------------------------------------------------ | |
| ------------------------------------------------ | | ------------------------------------------------ | | | ------------------------------------------------ | |
| ------------------------------------------------ | | ------------------------------------------------ | | | ------------------------------------------------ | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Capital assuré | | | | رأسمال المؤمّن | | | |
| Capital Obligatoire | : | 100 000 DH | DH | | درهم | : | رأسمال الإجباري |
| Capital facultatif | : | ---------------------------------- | DH | | درهم | : | رأسمال الاختياري |
| Cumul capitaux | : | ---------------------------------- | DH | | درهم | : | إجمالي رؤوس الأموال |

|  |  |
| --- | --- |
| Option de règlement pour le capital facultatif | خيار تسوية رأسمال الاختياري |

⬜ Option 1 : Je règle la prime annuelle par virement bancaire. **الخيار 1**: أدفع القسط السنوي عن طريق التحويل البنكي ⬜

⬜ Option 2 : Je règle la prime annuelle par prélèvement bancaire. Je joins autorisation de prélèvement irrévocable dûment validée par ma banque.

**الخيار 2**: أدفع القسط السنوي عن طريق الخصم البنكي. أرفق إذن خصم غير قابل للإلغاء تم المصادقة عليه من طرف البنك ⬜

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Questionnaire médical (A remplir par l'Adhérent ayant souscrit un capital décès facultatif supérieur à 600 000 DH) | | | استبيان طبي (يجب ملؤه من قبل المنخرط الذي اكتتب رأسمال وفاة اختياري يزيد عن 600.000 درهم) | | |
| Etes-vous en arrêt de travail ? Depuis quand ? Pourquoi ? | ---------------------------------- | | هل أنت متوقف عن العمل؟ منذ متى؟ ولماذا؟ |
| Avez-vous interrompu votre travail durant les 3 dernières années ? Pendant combien de temps ? Pourquoi ? | ---------------------------------- | | هل توقفت عن عملك خلال السنوات الثلاث الماضية؟ لمدة كم من الوقت؟ ولماذا؟ |
| Quels sont votre taille et poids ? | ---------------------------------- Cm سنتمتر  ---------------------------------- Kg كلغ | | ما هو طولك ووزنك؟ |
| Avez-vous consulté un médecin depuis 3 ans ? Pourquoi ? | ---------------------------------- | | هل قمت بزيارة طبيب منذ 3 سنوات؟ ولماذا؟ |
| Souffrez-vous d’une infirmité ou d’une maladie chronique ? Laquelle ? | ---------------------------------- | | هل تعاني من عاهة جسدية أو مرض مزمن؟ ما هو؟ |
| Avez-vous eu des maladies graves ? Lesquelles ? A quelle date ? | ---------------------------------- | | هل أصبت بأمراض خطيرة؟ ما هي؟ وفي أي تاريخ؟ |
| Avez-vous subi un traitement médical ou une intervention chirurgicale ? De quelle nature ? | ---------------------------------- | | هل خضعت لعلاج طبي أو عملية جراحية؟ ما نوعها؟ |
| Etes-vous titulaire d’une pension d’invalidité ? A quel titre ? A quel taux ? | ---------------------------------- | | هل تحصل على معاش عجز؟ ما هو السبب؟ وما نسبته؟ |

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

الأسئلة التي لم يجيب عليها المؤمن أو التي تم الإجابة عليها بخطوط ستعتبرها الشركة على أنها "لا شيء للإبلاغ عنه"

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Déclarations | | | تصريحات | |
| Je certifie exactes, complètes et sincères les déclarations et réponses ci-dessus, sachant que toute omission volontaire, dissimulation, indication fausse 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. | أُقِرُّ بأن التصريحات والإجابات المذكورة أعلاه دقيقة وكاملة وصادقة، مع العلم أن أي إغفال متعمد أو إخفاء أو تقديم معلومات غير صحيحة أو غير كاملة يؤدي إلى بطلان الضمانات.  أُقِرُّ بأنني قد اطلعت على الشروط العامة للعقد وعلى بيان للمعلومات وأوافق على جميع البنود دون تحفظ.  أُقِرُّ بأنني قد اطلعت على البند المتعلق بحماية البيانات الشخصية الموجود في الجهة الخلفية من هذا النموذج. | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Protection des données à caractère personnel | حماية المعطيات الشخصية | |
| 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 lesdites 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 service conformité par courrier au 181 bd d’Anfa, Casablanca ou par mail à l’adresse électronique : [conformite@atlantasanad.ma](mailto:conformite@atlantasanad.ma) | | تكتسي المعطيات الشخصية التي طلبها المؤمن طابعا إلزاميا قصد الحصول على اكتتاب هذا العقد وتنفيذ مجموع الخدمات المرتبطة به. وهي مستعملة خصيصا لهذا الغرض من طرف مصالح المؤمن والأغيار المرخص لهم  وتتحدد مدة الحفاظ على هذه المعطيات في مدة عقد التأمين وفي الفترة اللاحقة التي يكون أثناءها الحفاظ عليها ضروريا قصد السماح للمؤمن باحترام التزاماته تبعا لآجال التقادم أو تطبيقا لمقتضيات قانونية أخرى  من جهة أخرى، فإن الإخبار بمعلومات المكتتب/المؤمن له تقتصر على الإخبارات الإلزامية تبعا للمقتضيات القانونية والتنظيمية المفروضة على المؤمن وعلى الأغيار المرخص لهم ترخيصا قانونيا للحصول على المعلومات المعنية  يضمن المؤمن خصوصا احترام القانون رقم 08-09 المتعلق بحماية الأشخاص الذاتيين تجاه معالجة المعطيات ذات الطابع الشخصي. إن المعطيات محمية سواء على حاملة مادية أو إلكترونية بكيفية يكون ولوجها مستحيلا على الأغيار غير المرخص لهم  يتيقن المؤمن من كون الأشخاص المؤهلين لمعالجة المعطيات الشخصية يعرفون ويحترمون التزاماتهم القانونية في مجال حماية هذه المعطيات  يمكن للمعطيات ذات الطابع الشخصي أن تكون في كل وقت موضوع حق اطلاع أو تعديل أو تصحيح وتعرض لدى المصلحة المكلفة بالمطابقة عن طريق البريد إلى العنوان التالي 181 شارع أنفا، الدار البيضاء أو عن طريق البريد ا الإلكتروني  [conformite@atlantasanad.ma](mailto:conformite@atlantasanad.ma) |

Fait à --------------------------- Le : ------/------/------

|  |  |
| --- | --- |
| Signature de l’adhérent  **توقيع المشترك** | Cachet et signature de la collectivité territoriale  **ختم وتوقيع الجماعة الترابية** |