



SAHAM
Assurance

member of **Sanlam** group



Direction Générale
des Collectivités Locales



Assurance Décès – Invalidité Totale & Définitive Bulletin individuel d'adhésion

Nouvelle adhésion

Bulletin modificatif (Annule et remplace le précédent)

Direction Générale des Collectivités Locales

المديرية العامة للجماعات المحلية

Police N° : 1000202616 رقم القيد :

N° de DRPP : رقم التأجير :

Adhérent

المنخرط

Nom et Prénom(s) : الجنس : ذكر أنثى
الإسم الشخصي والعائلي :
Date et lieu de naissance : CIN N° : تاريخ ومكان الإزدياد :
البطاقة الوطنية رقم :
Adresse de correspondance : عنوان المراسلة :
Fonction : المهنة Grade : الدرجة :
Date d'embauche : تاريخ التوظيف :
Lieu d'affectation : Préfecture / Province : ولاية / مقاطعة : Commune : مكان التعمين : جماعة :
Matricule : الرقم الإستدلالي : N° GSM : رقم الهاتف المحمول :
Adresse e-mail : البريد الإلكتروني :
Capital obligatoire en dirhams : (Prime réglée par le souscripteur) 1 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 مبلغ الرأسمال الإلزامي بالدرهم : (قسط التأمين المؤدى من طرف المكتب)
Capital facultatif en dirhams : مبلغ الرأسمال الإختياري بالدرهم :
Cumul capitaux en dirhams : الرأسمال الإجمالي المؤمن بالدرهم :

Bénéficiaire (s)

المستفيدون

Je demande mon adhésion à l'assurance de groupe décès en référence et désigne comme bénéficiaire de cette assurance

أطلب إنخراطي في التأمين الجماعي للوفاة المشار إليه وأعين كمستفيد من هذا التأمين

Nom & Prénom الاسم و اللقب	Lien de parenté الصلة العائلية
.....
.....
.....
.....

Option de règlement pour le capital facultatif

طريقة الأداء بالنسبة للرأسمال الإختياري

- Option 1 : Je règle la prime annuelle par précompte mensuel. Je joins autorisation de prélèvement (les frais mensuels de 5 Dhs sont à la charge de l'adhérent)
أؤدي القسط السنوي عبر دفع مسبق شهري. مصحوب برخصة اقتطاع من الخزينة العامة (الرسوم الشهرية وقدرها 5 دراهم يتحملها المنخرط)
- Option 2 : Je règle la prime annuelle par prélèvement bancaire mensuel. Je joins autorisation de prélèvement irrévocable dûment validée par ma banque.
أؤدي القسط السنوي عبر اقتطاع بنكي شهري، مصحوب برخصة اقتطاع من البنك لا رجعة فيه موثق عليها من طرف البنك.

Capital facultatif	Prime	Capital facultatif	Prime	Capital facultatif	Prime	Capital facultatif	Prime
<input type="checkbox"/> 50 000 ,00 Dhs	<input type="checkbox"/> 300 000 ,00 Dhs	<input type="checkbox"/> 550 000 ,00 Dhs	<input type="checkbox"/> 800 000 ,00 Dhs
<input type="checkbox"/> 100 000 ,00 Dhs	<input type="checkbox"/> 350 000 ,00 Dhs	<input type="checkbox"/> 600 000 ,00 Dhs	<input type="checkbox"/> 850 000 ,00 Dhs
<input type="checkbox"/> 150 000 ,00 Dhs	<input type="checkbox"/> 400 000 ,00 Dhs	<input type="checkbox"/> 650 000 ,00 Dhs	<input type="checkbox"/> 900 000 ,00 Dhs
<input type="checkbox"/> 200 000 ,00 Dhs	<input type="checkbox"/> 450 000 ,00 Dhs	<input type="checkbox"/> 700 000 ,00 Dhs	<input type="checkbox"/> 950 000 ,00 Dhs
<input type="checkbox"/> 250 000 ,00 Dhs	<input type="checkbox"/> 500 000 ,00 Dhs	<input type="checkbox"/> 750 000 ,00 Dhs	<input type="checkbox"/> 1 000 000 ,00 Dhs

Questionnaire médical (à remplir par l'adhérent ayant souscrit un Capital décès facultatif supérieur à 600 000 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؟ ماهو؟
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 ? Aquel titre ? A quel taux ?		هل لك تمويض 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 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.

تصريح
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 الاستعماري لمقعدة التأمين المبرمة بيننا، وأوافق على جميع المتعضيات بدون تحفظ.

A Le بتاريخ

Réservé à la Compagnie خاص بالشركة

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

إمضاء الشخص المؤمن مسبق بصيغة «اطلمت 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 Zerkouni – 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.