

شركة التأمين الإحتياط و الصحة

SOCIETE d'ASSURANCE de PREVOYANCE et de SANTE

Société par actions au capital social de 1 000 000 000 de Dinars

22, rue Didouche Mourad - Alger

Tél. : +213 (0) 21 63.40.24/ 35.25/ 39.84/ 41.15 - Fax : +213 (0) 21 63.39.83

--	--	--	--

N°ADHESION

Réservé à la SAPS

DEMANDE INDIVIDUELLE D'ADHESION

A L'ASSURANCE GROUPE

CONTRACTANT : (Souscripteur de l'Assurance Groupe)

Police n°

NOM OU RAISON SOCIALE :

ADRESSE :

Réservé à la SAPS

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.

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.

BENEFICE EN CAS DE DECES (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 seule qualité tels que les parents, les enfants, etc ...)

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

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

Aucune question ne doit avoir plusieurs réponses- les réponses doivent être écrites en toutes lettres

1. Etes-vous déjà assuré pour les mêmes risques ? N° de police Capitaux assurés	1.
2. Avez – vous été refusé par une société d'assurance ou ajourné ? ou accepté avec une surprime ? ou admis avec les exclusions de garanties?	2.
3. Etes- vous actuellement et habituellement en bon état de santé ?.....	3.
4. Votre état de santé vous permet-il actuellement d'exercer normalement votre activité professionnelle à temps complet ? Sinon, depuis quelle date avez-vous arrêté votre travail ?	4.
5. Avez-vous, dans le passé cessé votre travail par suite de maladie ou d'accident ? les dates et durées de ces arrêts de travail	5.
6. Avez-vous souffert ou souffrez actuellement d'une maladie aiguë ou chronique ?.... Si oui, indiquer laquelle, depuis quelle date le traitement prescrit ?	6.
7. Avez-vous subis des interventions chirurgicales ? Si oui, indiquer lesquelles, les dates, les séquelles éventuelles	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 été exempté du service national ou ajourné ou réformé ?	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 SAPS à prendre connaissance de mon dossier médical, auprès de la Caisse de Sécurité Sociale pour le sinistre que je déclarerai au titre du présent contrat.

Les sanctions prévues par les articles 21, 75, 88 de l'ordonnance n° 95-07 du 25.01.1995 modifiée et complétée (nullité de l'assurance - réduction de la somme assurée) pourraient être appliquées en cas de sinistre s'il était prouvé que l'adhérent avait fait une fausse déclaration.

Fait à le

Cachet du contractant

Signature de l'adhérent

Précédée des mentions « Lu et approuvé »

LA PRESENTE DEMANDE D'ADHESION (Y COMPRIS LE CERTIFICAT D'ADHESION) DOIT ETRE TRANSMISE

A LA SAPS PAR L'INTERMEDIAIRE DU SOUSCRIPTEUR DE L'ASSURANCE GROUPE

CONDITIONS PARTICULIERES D'AFFILIATION

(Partie réservée à la SAPS)