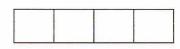
شركة التأمين الإحتياط و الصحة

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

nommément ou par leur seule qualité tels que les parents, les enfants, etc ...)



N°ADHESION

Réservé à la SAPS

DEMANDE INDIVIDUELLE D'ADHESION

A L'ASSURANCE GROUPE

		2	, "			
CONTRACTANT: (Souscripteur de l'Assurance Groupe)			Police n°			
NOM OU RAISON SOCIALE :			<u>Réservé à la SAPS</u>			
ADRESSE :			Certificat N° :			
	e e		Délivré le :			
ADHERENT :			Effet de l'adhésion :			
Nom :	Nom de jeune fille	:	(En lettres capitales)			
Prénom : Sexe : Sexe :						
Adresse personnelle :						
Situation de famille : Célibataire – Marié –Veuf – Divorcé						
Nombre d'enfants à charge :						
Lieu de l'emploi :	Foncti	on :				
Date d'entrée en service :	Salairo	e annuel soumis : (En chif	fres)DA.			
		Fufauta à abauca	nts à charge au sens des allocations familiales			
Prénom	Date de naissance	Prénom	Date de naissance			
5			4			
Je, soussigné, demande à être adr assurance en cas de décès, pour u			l'autorise à souscrire sur ma tête une			
BENEFICE EN CAS DE DECE	ES (1)	contrat, et approuvé les c	onditions générales de la police.			
	ES (1) capital, en cas de décès :	contrat, et approuvé les c	onditions générales de la police.			
Je désigne comme bénéficiaire du	ES (1) capital, en cas de décès :	contrat, et approuvé les c	onditions générales de la police.			

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 ?	1.	
	N° de police Capitaux assurés		
2.	Avez – vous été refusé par une société d'assurance ou ajourné ? ou accepté avec	2.	
	une surprime ? ou admis avec les exclusions de garanties?		*
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	4.	
	activité professionnelle à temps complet ? Sinon, depuis quelle date avezvous arrêté votre travail ?		on ,
5.	Avez-vous, dans le passé cessé votre travail par suite de maladie ou d'accident ? les	5.	
	dates et durées de ces arrêts de travail	٥.	
6.	Avez-vous souffert ou souffrez actuellement d'une maladie aigüe ou chronique ?	6.	
	Si oui, indiquer laquelle, depuis quelle date le traitement prescrit ?		
7.	Avez-vous subis des interventions chirurgicales ?	7.	
	Si oui, indiquer lesquelles, les dates, les séquelles éventuelles		
8.	Etes-vous atteint d'infirmités congénitales ou accidentelles ?	8.	
	Si oui, indiquer lesquelles et depuis quelles dates ?		
9.	Avez-vous une pension d'invalidité, civile ou militaire ?	9.	
	Si oui, indiquer le motif, le taux, la date d'attribution :		
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	11.	
	sur votre état de santé	٠	
J'aı	itorise, en outre, le médecin conseil de la SAPS à prendre connaissance de r	non	dossier médical, auprès de la
Cai	sse de Sécurité Sociale pour le sinistre que je déclarerai au titre du présent cont	rat.	
Les	sanctions prévues par les articles 21, 75, 88 de l'ordonnance n° 95-07 du 2	5.01	1995 modifiée et complétée
(nu	llité de l'assurance - réduction de la somme assurée) pourraient être applie	quée	s en cas de sinistre s'il était
	uvé que l'adhérent avait fait une fausse déclaration.	•	
Fait	àle	Ca	chet 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 réservé à la SAPS)