



الشركة التونسية للتأمين وإعادة التأمين

Compagnie d'Assurances et de Réassurances Tuniso-Européenne
S.A au capital de 25.000.000 Dinars – Identifiant Unique : 0000205M
Immeuble Carte, Lot BC4 - Centre Urbain Nord, 1082 Tunis, Tunisie
Tél : +216 71 184 000 - Fax : +216 71 184 184



BULLETION D'ADHESION A L'ASSURANCE MALADIE -INCAPACITE ET/OU DECES بطاقة انخراط لعقد التأمين على المرض-العجز و/أو الوفاة

SOUSCRIPTEUR (المكتب) *:..... DATE D'ADHESION (تاريخ الانخراط) :..... N° D'ADHESION (عدد الانخراط) :..... N° POLICE (عدد العقد) :.....

QUESTIONS	Adhérent	Conjoint	1 ^{er} enfant	2 ^{ème} enfant	3 ^{ème} enfant	Autre	Autre	الأسئلة
	المنخرط	القرين	الطفل الأول	الطفل الثاني	الطفل الثالث	مستفيد آخر	مستفيد آخر	
Fiche « KYC » Adhérent/bénéficiaire								بطاقة التعرف على المنخرط/المستفيد
Nom et Prénom*:	الاسم واللقب*:
Date de naissance*:	تاريخ الولادة*:
Lieu de naissance*:	مكان الولادة*:
Nationalité*:	الجنسية*:
Pays de résidence*:	بلد الإقامة*:
N° Carte d'Identité Nationale (1) * (joindre copie) :	عدد بطاقة التعريف الوطنية (1) (إرفاق نسخة)*:
N° Passeport pour les étrangers * (joindre copie) :	جواز سفر بالنسبة للأجانب (إرفاق نسخة)*:
Activité professionnelle actuelle (2) *:	النشاط المهني الحالي وعنوان مكان العمل* (2)
Adresse actuelle et permanente* :	العنوان الحالي والدائم*:
Gouvernorat*:	المدينة*:
Pays*:	البلد*:
Code postal* :	الترقيم البريدي*:
Données Santé								بيانات صحية
Passage par la CNAM ? : OUI/NON	منخرط في الصندوق الوطني للتأمين على المرض نعم/لا
Avez-vous une infirmité ou une maladie chronique ? Laquelle	هل تشكون من عيب في البنية الجسدية أو مرض مزمن؟
Avez-vous été atteint dans le passé (à quel âge) d'affection pulmonaire, nerveuse, cardiaque, rénale, d'albumine, de diabète, de maladie de foie, de cancer ?	هل عانيت في الماضي من أمراض في الرئة أو الجهاز العصبي أو القلب أو الكلى أو الأليومين أو السكري أو أمراض الكبد أو السرطان (في أي عمر)؟
Avez-vous subi des accidents ou été opéré ? Donnez des détails	هل تعرضتم لأي حوادث أو تعرضتم لعملية جراحية؟ إعطاء تفاصيل
Avez-vous à subir une intervention actuellement ?	هل يتعين عليكم حالياً الخضوع لتدخل جراحي؟
Indiquez vos maladies antérieures et l'époque à laquelle vous les avez contractées ?	الرجاء ذكر أمراضكم السابقة والفترة التي أصبتم بها؟
Un de vos proches parents a-t-il été atteint de tuberculose ou d'aliénation mentale ?	هل عانى أي من أقاربكم من مرض السل أو الجنون العقلي؟
Avez-vous des cas particuliers autres que ceux-ci-dessus à signaler ?	هل لديكم حالات خاصة غير المذكورة أعلاه للإبلاغ عنها؟
Pour les FEMMES : Souffrez-vous ou avez-vous souffert d'une maladie de femme?	للنساء : هل تعاني أو عانيت من أمراض النساء؟

NB : A ne pas remplir les champs numérotés (1)-(2) pour les enfants. ملحوظة: لا تملأ الخانات المرقمة (1)-(2) بالنسبة للأطفال

Je soussigné (e)..... autorise CARTE ASSURANCES à traiter mes données personnelles à des fins réglementaires, et ce conformément aux dispositions prévues à la loi organique N°2004-63 du 27 juillet 2004 portant sur la protection des données à caractère personnel الشخصية لأغراض قانونية، طبقاً لأحكام القانون الأساسي عدد 63/2004 المؤرخ في 27 جويلية 2004 والمتعلق بحماية المعطيات الشخصية
إني الممضي (ة) أسفله..... أفوض كارت للتأمين لمعالجة بياناتي الشخصية لأغراض قانونية، طبقاً لأحكام القانون الأساسي عدد 63/2004 المؤرخ في 27 جويلية 2004 والمتعلق بحماية المعطيات الشخصية

LE SOUSCRIPTEUR (المكتب),

L'adhérent déclare que les réponses au présent questionnaire sont exactes et sincères et accepte qu'elles servent de base à la police d'Assurance Maladie

(يصرّح المكتب أنّ هذه الأجوبة صحيحة و يقبل أن تكون أساساً لعقد التأمين على المرض)

L'ADHERENT (المنخرط)

FAIT A..... LE.....

* : champ obligatoire à remplir

NB : Ce bulletin d'adhésion a été établi conformément à la réglementation du CGA N°02-2019 « LBA/FT ».

ASSURANCE DECES : DEMANDE D'ADHESION (التأمين على الوفاة/ طلب انخراط)

Nom de famille (اللقب العائلي) *:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Prénom (الإسم) *:

Demande à bénéficier des garanties du contrat souscrit par (اطلب الانتفاع من ضمانات العقد المكتتب بواسطة) (2)

Désigne comme bénéficiaire du capital payable en cas de décès (أعين للانتفاع برأس المال المستحق عند الوفاة) (3)

Je soussigné déclare avoir répondu avec sincérité et exactitude aux questions ci-dessus, n’avoir rien caché qui puisse induire en erreur au sujet de mon état de santé, être actuellement et habituellement en bonne santé et posséder ma pleine capacité de travail.

انني الممضي (ة) أسفله، أصرح بأنني أجبت على الأسئلة المذكورة أعلاه بإخلاص ودقة، وأنني لم أخفي أي شيء يمكن أن يضلل فيما يتعلق بحالتي الصحية، وأنني بصحة جيدة حاليًا وعادةً وأن لدي القدرة الكاملة على العمل.

Je soussigné autorise CARTE ASSURANCES à traiter mes données personnelles à des fins réglementaires, et ce conformément aux dispositions prévues à la loi organique N°2004-63 du 27 juillet 2004 portant sur la protection des données à caractère personnel.

انني الممضي (ة) أسفله أفوض كارت للتأمين لمعالجة بياناتي الشخصية لأغراض قانونية، طبقاً لأحكام القانون الأساسي عدد 63-2004 المؤرخ في 27 جويلية 2004 والمتعلق بحماية المعطيات الشخصية.

FAIT A..... LE.....

Signature de l’Adhérent (*)
(إمضاء المنخرط)

- (*) Faire précéder la signature de « LU ET APPROUVE » et « BON POUR CONSENTEMENT A L’ASSURANCE ».
- (1) A remplir en lettres majuscules (une lettre ou chiffre par case) par l’adhérent.
- (2) Nom de la société par l’intermédiaire de laquelle l’Assuré bénéficie des garanties.
- (3) Si l’assuré ne mentionne pas de bénéficiaire, celui-ci sera ou seront les ayants-droit légaux tel qu’ils seront mentionnés dans l’acte de notoriété.

Loi N°92-24 du 09 Mars 1992
Extrait de l’Article 8

Indépendamment des causes ordinaires de nullité, le contrat d’assurance est nul en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de l’assuré se rapportant aux indications portées sur le formulaire de déclaration du risque quand cette réticence ou cette fausse déclaration a changé l’appréciation du risque assuré alors même qu’elle a été sans influence sur le sinistre.

* : champ obligatoire à remplir

NB : Ce bulletin d’adhésion a été établi conformément à la réglementation du CGA N°02-2019 « LBA/FT ».