



Assurance Maladie Complémentaire à la CNOPS au profit des adhérents de la FOS-Agri

Bulletin individuel d'adhésion

Nouvelle adhésion

Modification

Adhérent - Assuré

Mme

Mlle

M.

Nom et Prénom(s) :

Date de naissance : Lieu de naissance : *CIN N° :

Situation familiale : Célibataire Marié(e) Divorcé(e) Veuf(ve) Nbre d'enfants :

* Adresse de correspondance : *ville

Lieu d'affection : N° de Tél. (Fixe) : **N° de GSM :

N° PPR : N° d'affiliation à la CNOPS :

N° d'immatriculation à la CNOPS :

Personnes à charge (LES BENEFICIAIRES)

Conjoint (s) et enfants âgés de moins de 21 ans ou de moins 26 ans lorsqu'ils poursuivent des études et les enfants handicapés sans limite d'âge.

Conjoint(s)	Conjoint 1	Conjoint 2	Conjoint 3	Conjoint 4
Prénom(s)				
Nom(s)				
Date de Naissance				
Profession				

Enfant(s)	1 ^{er} Enfant	2 ^{ème} Enfant	3 ^{ème} Enfant	4 ^{ème} Enfant	5 ^{ème} Enfant	6 ^{ème} Enfant
Prénom(s)						
Date de Naissance						

Afin de nous permettre de procéder au règlement de vos remboursements dans les meilleurs délais, prière d'indiquer votre Relevé d'Identité Bancaire (RIB) accompagné de la pièce justificative originale

.....

Banque ou C.C.P. Agence Ville

Déclaration

je soussigné(e) certifie exactes et sincères les déclarations ci-dessus, qui servent de base à mon adhésion. Je reconnais que toute réticence, omission ou fausse déclaration entraînerait la nullité de mon adhésion conformément aux dispositions de la loi 17-99 portant code des assurances promulguée par Dahir n° 1-02-238 du 25 Rajab 1423 (03 Octobre 2002).

Je déclare avoir pris connaissance des Conditions Générales et de la notice d'information du contrat 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.

A Le

Visa et cachet de la FOS-Agri

Signature de l'Adhérent - Assuré

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 47 40 40 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.