

BULLETIN D'ADHÉSION

Demande individuelle d'adhésion à l'assurance groupe

CONTRACTANT (Souscripteur à l'assurance groupe) :

Nom ou Raison sociale :

Adresse :

Partie réservée à TALA ASSURANCES

N° d'adhésion :

Police :

Délivrée le :/...../.....

Effet de l'adhésion :/...../.....

ADHÉRENT :

Nom : Nom de jeune fille :
(En lettres capitales) (En lettres capitales)

Prénoms : Date de naissance : / /

Adresse personnelle :

Situation de famille : ☐ Célibataire – ☐ Marié(e) – ☐ Veuf (ve) – ☐ Divorcé (e) Nombre d'enfants à charge :
(Cochez la case correspondante) (Au sens des allocations familiales)

Date d'entrée en service : / / Option de couverture :

BÉNÉFICIAIRES :

➤ SANTÉ :

Lien de parenté ¹	Nom	Prénom	Date de naissance
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			

1) Conjoint, Enfant, Ascendant

➤ DÉCÈS :

Je soussigné(e), demande à être admis(e) à l'assurance souscrite par le Contractant, et l'autorise à souscrire une garantie en cas de décès, pour un capital dont le montant est déterminé selon les termes de l'option choisie, du contrat d'assurance Groupe, objet de la présente, dont j'adhère aux conditions générales et particulières de la police.

A ce titre, je désigne en qualité de bénéficiaire(s) du capital en cas de décès :

Nom & Prénom / Raison Sociale	Lien de parenté	Montant / Quote-part
.....		
.....		
.....		
.....		
.....		
.....		

QUESTIONNAIRE RELATIF À L'ÉTAT DE SANTÉ DE L'ADHÉRENT

Aucune question ne doit être laissée sans réponse. – Les réponses doivent être écrites en toutes lettres.

- 1° Etes-vous déjà assuré pour les mêmes risques : si oui :
N° de Police Capitaux assurés
- 2° Avez-vous été refusé par une Société d'assurance ? ou ajourné ? ou accepté avec surprime ? ou accepté avec des exclusions de garantie ?
- 3° Etes-vous actuellement et habituellement en bon état de santé ?
- 4° Votre état de santé vous permet-il actuellement d'exercer normalement votre activité professionnelle à temps complet ?
Sinon depuis quelle date avez-vous cessé votre travail ?
- 5° Avez-vous dans le passé cessé votre travail par suite de maladie ou d'accident ?
Si oui, indiquer la nature de la maladie ou de l'accident, les dates, et durées de ces arrêts de travail
- 6° Avez-vous souffert ou souffrez-vous actuellement d'une maladie aiguë ou chronique ?
Si oui, indiquer laquelle ; depuis quelle date, le traitement prescrit
- 7° Avez-vous subi des interventions chirurgicales ?
- Si oui, indiquer lesquelles, et depuis quelles dates
- 8° Etes-vous atteint d'infirmités congénitales ou accidentelles ?
- Si oui, indiquer lesquelles, et depuis quelles dates
- 9° Avez-vous une pension d'invalidité civile ou militaire ?
- Si oui, indiquer le motif, le taux, la date d'attributions
- 10° Avez-vous été exempté du service national ou ajourné ou réformé ?
- Si oui, indiquer le motif
- 11° autres indications non prévues ci-dessus et permettant de renseigner les assureurs sur votre état de santé ?

- 1°
- 2°
- 3°
- 4°
- 5°
- 6°
- 7°
- 8°
- 9°
- 10°
- 11°

CLAUDE DE CONSENTEMENT :

J'autorise le médecin-conseil de TAAMINE LIFE ALGÉRIE « TALA » à prendre connaissance de mon dossier médical, auprès de la Caisse de Sécurité Sociale pour tout sinistre que je déclarerai au titre du présent contrat. Je suis informé des sanctions prévues par les articles 21, 72, 73 et 84 de l'Ordonnance 95-07 (du 25/01/1995), modifiée et complétée par la Loi 06-04 du 20/02/2006 (nullité de l'Assurance ; déchéance ; réduction de la somme assurée) pourraient être appliquées dans les cas stipulés par la réglementation en vigueur. Conformément aux dispositions de la Loi n°18-07, du 10/06/2018, relative à la de protection des personnes physiques dans le traitement des données à caractère personnel, je soussigné donne son consentement à TAAMINE LIFE ALGERIE « TALA », en sa qualité de responsable du traitement, à l'effet d'opérer les traitements de recueil, de conservation et d'utilisation des données à caractère personnel, dont la finalité est l'exécution des dispositions contractuelles portées par les conditions générales et particulières. Aussi, je donne mon consentement au responsable du traitement de procéder, dans le cadre de l'exécution du présent contrat et de ses avenants, à transmettre ses données personnelles aux auxiliaires, tels que les médecins indépendants et les prestataires de service, pour la prise en charge des sinistres, ainsi que les réassureurs ou co-assureurs en cas de partage de risque. J'atteste prendre connaissance de mes droits en matière d'information, d'accès, de rectification et d'opposition, dans le traitement de mes données et je peux les exercer en formulant une demande aux points de contact, soit de l'autorité administrative indépendante institué à cet effet, ou bien du responsable du traitement comme indiqué au tableau suivant :

Moyen d'envoi	Auprès du responsable du traitement :
Par courriel/site web	dpo@tala.dz
Par voie postale	123, Route de Meftah, Beaulieu, Oued Smar - Alger
Par téléphone	(+213) 023 92 69 71

Fait à le 20

Cachet du Contractant

Signature de l'Adhérent,
Précédée de la mention « LU ET APPROUVÉ »

LA PRÉSENTE DEMANDE D'ADHÉSION DOIT ÊTRE TRANSMISE À **TALA** PAR L'INTERMÉDIAIRE DU SOUSCRIPTEUR

CONDITION PARTICULIERES D'AFFILIATION

(Partie Réservée à TALA)