AtlantaSanad
ASSURANCE

مؤسسة الحسن الثاني
Fondation Hassan II
للنهوض بالأعمال الإجتماعية لفائدة العاملين بالقطاع العمومي للصحة
Pour la promotion des œuvres sociales au profit du personnel du secteur public de la santé

Assurance Maladie Complémentaire
Police N° 041.2026.00000024

VOS RÉFÉRENCES

N° PPR : ----------
N° d'affiliation à l'assurance : ----------
N° d'immatriculation à la CNOPS : ----------
N° d'affiliation à la Fondation : ----------

BULLETIN INDIVIDUEL D'ADHESION — استمارة انخراط فردية

☐ Nouvelle adhésion عضوية جديدة ☐ Avenant (annule et remplace) تعديل (يلغي ويُستبدل)

Veuillez remplir le formulaire en français — **المرجو ملء الاستمارة باللغة الفرنسية**

Renseignements concernant l'Adhérent-Assuré — معلومات حول المنخرط

☐ Actif ☐ Retraité

☐ Mr ☐ Mme Nom : ---------- Prénom : ----------

Date et lieu de naissance : |__|__| |__|__| |__|__|__|__|

Type de pièce d'identité : ---------- N° : ---------- Date d'expiration : ----------

Situation familiale : ☐ Célibataire ☐ Marié(e) ☐ Divorcé(e) ☐ Veuf (Ve) Nombre d'enfants à charge : ----------

Adresse : ---------- Ville : ----------

Tel (Fixe): ---------- GSM : ---------- E-mail : ----------

تحديث

Les personnes à charge (les bénéficiaires) — الأشخاص المتكفل بهم (المستفيدون)

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

Les enfants à charge sont considérés comme ceux âgés de 21 ans au maximum, et jusqu'à 26 ans pour les étudiants.
Pour les enfants en situation de handicap, il n'y a pas de limite d'âge, sous réserve de la présentation d'un certificat médical justifiant cette condition.

الأبناء المتكفل بهم البالغون من العمر 21 سنة على الأكثر وإلى غاية 26 سنة بالنسبة للمدرسين
ودون تحديد للسن بالنسبة لذوي الاحتياجات الخاصة على أساس الإدلاء بشهادة طبية تثبت ذلك

Enfants	1er enfant	2ème enfant	3ème enfant	4ème enfant	5ème enfant	6ème enfant
Prénom						
Date de naissance						
Assureur du régime de base						
Situation de l'enfant Normal (N) / Handicapé (H)						

Veuillez remplir un formulaire supplémentaire si le nombre d'enfants dépasse six

المرجو ملء استمارة إضافية إذا تجاوز عدد الأبناء ستة

Le numéro de compte bancaire doit être accompagné d'un spécimen de chèque annulé, et toutes les cases doivent être remplies avec précision afin de permettre un traitement rapide de votre demande de remboursement (24 chiffres).

رقم الحساب البنكي يرفق بنموذج شيك ملغى مع ملء الخانات بكل دقة وذلك حتى تتم استفادتكم من التعويض بطريقة سريعة (24 رقم)

N° RIB : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| **Attestation RIB à joindre avec le bulletin d'adhésion**

Protection des données à caractère personnel

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 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 lesdites 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.

Je, soussigné(e), certifie l'exactitude des informations que j'ai fournies ci-dessus. — أنا الموقع أسفله أشهد بصحة المعلومات التي أدليت بها أعلاه

A..... Le ...../...../....

Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles. — **أقر بأنني اطلعت على البند المتعلق بحماية البيانات الشخصية**

« Signature de l'adhérent » «توقيع المنخرط»