

ASSURANCE DECES INVALIDITE TOTALE ET DEFINITIVE PREVOYANCE GASUP

Bulletin d'adhésion

Police N° : 9400055

Sociétaire N° : 00129

CADRE RESERVE A LA MUTUELLE

N°d'adhésion (1) :

Date d'effet : ----/----/-----

L'ADHERENT

Nom :

Prénom :

Date de naissance : ----/----/-----

C.I.N. :

Matricule :

CAPITAL ASSURE

Capital garanti en DH :

Option simple (2) :

Option double :

Cotisation (Base+complémentaire) T.T.CDH:

BENEFICIAIRE(S) EN CAS DE DECES DE L'ADHERENT

Je soussigné(e) demande mon adhésion et donne mon consentement pour la souscription d'une assurance décès sur ma tête au profit de :

.....

QUESTIONNAIRE MEDICAL

Les réponses à toutes les questions, sans exception doivent être précises et explicites.

Elles ne peuvent en aucun cas être remplacées par des traits. Ces déclarations servant de base à l'appréciation du risque par l'assureur, elles doivent être sincères et complètes, faute de quoi la validité de la garantie pourrait être mise en cause.

Avez-vous subi des maladies graves ou interventions chirurgicales? Quand? Lesquelles?	
Etes-vous titulaire d'une pension d'invalidité? A quel titre? A quel taux?	
Avez-vous dû interrompre votre travail pour raison de santé pendant plus de 15 jours au cours des deux dernières années ?Si oui, combien de temps ? Pourquoi ? Quand ?	

Protection de données personnelles

Les données personnelles demandées par la Mutuelle 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 la Mutuelle 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 la Mutuelle 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 la Mutuelle et aux tiers légalement autorisés à obtenir les dites informations. La Mutuelle 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.

La Mutuelle 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 de la Business Unit VIE de la MCMA sis à Angle Avenue Mohammed VI et Rue Houmane El Fatouaki, 10 200 Rabat. De manière expresse, l'assuré/souscripteur autorise la Mutuelle 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.

A l'exception des réserves éventuellement mentionnées ci-dessus, je déclare en outre, être actuellement en bonne santé et ne pas devoir à ma connaissance, subir un traitement médical de longue durée ou intervention chirurgicale. Je certifie exactes, complètes et sincères les déclarations et réponses faites ci-dessus.

Cachet et Visa de la Mutuelle

Fait à Le :/...../.....
Signature Adhérent* :

*Faire précéder la signature par la mention « lu et approuvé ».

- (1) A rappeler dans toutes correspondances
(2) Mettre une croix dans la case correspondante