

Contrat n° :

N° M.N.E.T : _____
Départ de Stage : __/__/____

بطاقة انخراط فردية

Bulletin individuel d'affiliation

Intermédiaire : Agence Centrale

الوزارة: _____
الإدارة: _____

SOUSCRIPTEUR

المكتب

Raison Sociale : MUTUELLE NATIONALE DE L'ENSEIGNEMENT DE TUNISIE : الاسم الاجتماعي
Matricule fiscal : 033051 R : المعرف الجبائي
Adresse du siège social : 38, Avenue de Paris 1001, Tunis : العنوان

AFFILIE(E)

المنخرطة (ة)

Je soussigné(e):

اتي الممضي (ة) أسفله:

Nom et Prénom : الاسم واللقب
Date de naissance : تاريخ الولادة
Identifiant unique: المعرف الوحيد
C.I.N n° : رقم بطاقة التعريف الوطنية
En date du بتاريخ
Adresse: العنوان
Téléphone: الهاتف
E-mail: البريد الإلكتروني

أطلب الانخراط بالعقد الجماعي للتأمين على الحياة المذكور أعلاه والمكتب من طرف التعاونية الوطنية للتعليم بتونس لدى قات للتأمين على الحياة وأرخص للمصالح المالية والإدارية الراجع إليها بالنظر باقتطاع معلوم اشتراكي حسب المبلغ ونسبة التزايد المذكورين أسفله. كما أصرح أنني تسلمت نسخة من مذكرة الإعلام التي تلخص الشروط العامة للعقد.

Demande l'adhésion au contrat collectif d'assurance sur la vie cité en haut et souscrit par la MUTUELLE NATIONALE DE L'ENSEIGNEMENT DE TUNISIE auprès de GAT VIE et autorise l'organisme liquidateur de mon traitement à opérer le précompte de ma cotisation selon le montant et la croissance définis ci-après. Je reconnais avoir reçu une copie de la notice d'information valant extrait des conditions générales.

Caractéristiques de l'affiliation

خصوصيات الانخراط

Date d'effet de l'affiliation : تاريخ الانخراط
Répartition de la cotisation:----- 100% à la charge de l' affilié - 0% à la charge du souscripteur----- تقسيم مبلغ الاقتطاع:

Garanties

الضمانات

ضع علامة في المربع اذا تم اختيار الضمان التكميلي - Cocher la case en cas d'option pour la garantie complémentaire

		بالدينار			المستفيدين (الرجاء ذكر صلة القرابة) - Bénéficiaires (citer le lien de parenté)
		Capital assuré - رأس المال المضمون	En DT		
		20 000	30 000	50 000	
<input checked="" type="checkbox"/>	Garantie de base : Décès - الوفاة - الضمان الأساسي			
<input type="checkbox"/>	Garantie complémentaire: Maladies redoutées - الضمان التكميلي: الأمراض الخطيرة				xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxL' affilié - المنخرطxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx

QUESTIONNAIRE DE SANTE

استبيان الوضع الصحي

1. Etes- vous atteint d'une maladie chronique grave ou d'une affection récidivante ؟ هل انت مصاب بأمراض مزمنة أو خطيرة أو متكررة؟ NON OUI
Si oui, précisez توضيحات الأجوبة الايجابية
2. Etes-vous atteint d'une infirmité quelconque ؟ هل لديك عاهة أو اعاقة ما ؟ NON OUI
Si oui, précisez توضيحات الأجوبة الايجابية
3. Etes-vous actuellement en arrêt de travail suite à une maladie ou à un accident ؟ هل أنت في حالة توقف عن العمل بسبب مرض أو حادث؟ NON OUI
Si oui, précisez توضيحات الأجوبة الايجابية
4. Avez-vous été au cours des trois dernières années en traitement de plus d'un mois ou sous contrôle médical ؟ NON OUI
Si oui, précisez توضيحات الأجوبة الايجابية

أعترف أن التصريحات و الأجوبة على استبيان الوضع الصحي الموجود أعلاه صحيحة و اني لم أصرح أو أعقل على التصريح بشيء يمكنه أن يضلّل المؤمن في صورة وقوع خطر و اذا تم الاتبات ان المنخرط تعمد كتمان امر أو قدم عن عمد بيانا غير صحيح، يتم تطبيق أحكام الفصل 8 من مجلة التأمين.

Je certifie exactes et sincères les déclarations ci-dessus et affirme n'avoir rien omis ou rien caché qui puisse induire en erreur l'Assureur, sous peine des sanctions prévues par l'article 8 du Code des Assurances.

Fait à , le