

AGENCE ATTIJARIWAFI BANK

Nom du vendeur : SAHMAOUI YAHYA	Intitulé de l'agence : Anvers Borgherhout
---	---

SOUSCRIPTEUR ASSURE

Nom : BOUCHIKHI	Prénom : RACHID	Date de naissance : 22/03/1968
Adresse : WILLEM LEPELSTRAAT 17/0404 - 2000 ANTWERPEN		
Téléphone : +32475205285	Email :	Pays : BELGIQUE

CONJOINT

Prénom / Nom : KARIMA GUENTOURI	Date de naissance : 15/10/1976
--	---------------------------------------

ENFANT(S)

Prénom / Nom : MALAK BOUCHIKHI	Date de naissance : 26/02/2013
---------------------------------------	---------------------------------------

Merci de parapher cette page en apposant vos initiales

OPTIONS CHOISIES	Prime en Euros
Tarif composition familiale :	73 EUR
Autres personnes assurées :	0 EUR
Surprime pour Assuré Senior :	0 EUR
Prime totale à la première souscription :	73 EUR
Dont taxes :	6.18 EUR

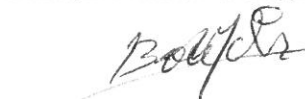
JE SOUSSIGNE, CERTIFIE L'EXACTITUDE ET LA SINCERITE DES DECLARATIONS CI-DESSUS ET DECLARE SUR L'HONNEUR QUE MOI ET LES MEMBRES DE MA FAMILLE CI-DESSUS DECLARES NE SOUFFRENT D'AUCUNE MALADIE GRAVE.

IL EST REMIS AU SOUSCRIPTEUR LES CONDITIONS GENERALES DU CONTRAT INJAD SANS FRONTIERE. LE SOUSCRIPTEUR RECONNAIT EXPRESSEMENT AVOIR PRIS CONNAISSANCE DES CONDITIONS DU CONTRAT ET ACCEPTE L'ENSEMBLE DE SES DISPOSITIONS SANS RESERVE DONT LE TRAITEMENT DE MES DONNEES MEDICALES.

Les données personnelles collectées et traitées par IMA ASSURANCES sont indispensables à la souscription du présent contrat, sa gestion et la mise en œuvre des garanties, le défaut de réponse entraînant l'impossibilité pour IMA ASSURANCES de vous assurer. Ces données sont transmises aux intermédiaires d'assurance et prestataires d'IMA ASSURANCES chargés de la gestion du portefeuille. Celles nécessaires à la mise en œuvre des garanties sont transmises aux prestataires d'IMA ASSURANCES chargés de l'exécution de ces garanties, ainsi qu'à toute autorité pour l'obtention des autorisations nécessaires. Elles sont susceptibles d'être transmises hors de l'union Européenne. Elles sont conservées pour la durée de la relation commerciale majorée des délais de prescription. Conformément aux dispositions légales, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement, de limitation, de portabilité et d'opposition ainsi du droit de définir des directives relatives au sort de vos données après votre mort. Vous pouvez les exercer, sous réserve de la fourniture d'une pièce justificative d'identité, aux coordonnées suivantes : Délégué à la Protection des Données - Direction des Affaires Juridiques - 118 avenue de Paris - 79000 Niort - dpo@ima.eu. En outre, vous êtes susceptibles de recevoir des offres commerciales d'IMA ASSURANCES ou de ses partenaires pour d'autres produits et/ou services. Si vous ne le souhaitez pas, cochez la case ci-contre :

Le présent contrat est constitué de la demande de souscription, des conditions générales, et le cas échéant du mandat de prélèvement SEPA CORE. Le présent contrat prend effet pour une durée d'un an à la date indiquée ci-après **24/02/2022** ou le lendemain de la signature par le Souscripteur assuré, à 12h00, sous réserve du paiement de la prime. Les garanties d'assistance décès pour toute cause hors accident corporel sont accordées au-delà d'un délai de carence de 3 mois à compter de la date d'effet du contrat.

Date et signature du souscripteur assuré
 Précédée par la mention « lu et approuvé »




FACULTE DE RETRACTATION OU DE RENONCIATION

1- Faculté de rétractation

Pour toute souscription à distance, le souscripteur bénéficie de quatorze jours calendaires révolus pour exercer son droit de rétractation sans avoir à justifier de motifs ni à payer de pénalités. Ce délai court à compter de la conclusion du contrat ou de la réception des documents contractuels. Ce droit de rétractation ne s'applique pas aux contrats exécutés intégralement par les deux parties à la demande expresse du souscripteur avant que ce dernier n'exerce son droit de rétractation. Dans ce cas, la prime totale est due. Cette faculté de rétractation s'exerce par l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception à son agence AWBE, au plus tard le quatorzième jour qui suit la date de souscription sur la base du modèle suivant :

Je soussigné(e) (nom et prénom du souscripteur)

Adresse : Code postal : Ville :

Déclare, par la présente, annuler ma souscription au contrat « INJAD SANS FRONTIERE » passée en date du Date : Signature :

2 Faculté de renonciation

Pour toute souscription à domicile, l'Assuré bénéficie de la possibilité de revenir sur son engagement dans les quatorze jours suivants la conclusion du contrat dans les conditions prévues à l'article L.112-9 du Code des Assurances dont des extraits sont reproduits ci-après:

« Toute personne physique qui fait l'objet d'un démarchage à son domicile, à sa résidence ou à son lieu de travail, même à sa demande, et qui signe dans ce cadre une proposition d'assurance ou un contrat à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, a la faculté d'y renoncer par lettre recommandée avec demande d'avis de réception pendant le délai de