



طلب إعادة فتح الإكتتاب بالتأمين الاختياري  
DEMANDE DE REOUVERTURE DE  
SOUSCRIPTION A L'ASSURANCE  
VOLONTAIRE

مديرية المنخرطين  
DIRECTION DES AFFILIES

مرجع رقم : 319-1-02 Réf :

Direction Régionale

المديرية الجهوية

Agence

وكالة

N° Immatriculé رقم التسجيل

N° CIN رقم البطاقة الوطنية

Nom

الاسم العائلي

Prénom

الاسم الشخصي

Adresse personnelle actuelle

العنوان الشخصي الحالي

Code Postal

الرقم البريدي

Ville

المدينة

Commune

الجماعة

Je soussigné, demande par la présente la réouverture de ma souscription à l'assurance volontaire.

أنا الموقع أسفله، أشهد أنني بهده الوثيقة أتقدم بطلب لإعادة فتح اكتتابي بالتأمين الاختياري.

إمضاء صاحب الطلب  
Signature du Demandeur

Le : ..... تاريخ

**Très important :**

- La souscription à l'assurance volontaire est suspendue automatiquement en cas de non règlement des cotisations dues pendant une durée de douze mois successifs
- Le paiement des cotisations dues après la date d'exigibilité n'est ni décompté ni remboursé
- la réouverture de la souscription à l'assurance volontaire est conditionnée par le paiement de toutes les cotisations due depuis la première inscription et non encore réglée mais sans qu'elles soient génératrice de droit.

**هام جدا:**

- يوقف الإكتتاب بالتأمين الاختياري تلقائيا في حالة عدم أداء واجبات الاشتراك خلال مدة اثني عشر شهرا متتالية
- لا تحتسب و لا ترد واجبات الاشتراك المؤداة بعد تاريخ وجوب الأداء
- إن إعادة فتح الإكتتاب بالتأمين الاختياري مشروط بأداء جميع الاشتراكات المستحقة الغير مؤداة ابتداء من أول تسجيل، بدون أن تكون منتجة لحق.

**Coupon à détacher et à remettre au demandeur**

**قسمة تفصل وتسلم لصاحب الطلب**

إفادة باستلام طلب إعادة فتح الإكتتاب بالتأمين الاختياري تقدم به :  
Accusé de réception de la demande de réouverture de souscription à l'assurance volontaire formulée par :

توقيع وختم الوكالة  
Visa et cachet de l'agence

Nom et prénom : ..... الاسم العائلي والشخصي :

N° d'immatriculation : ..... رقم التسجيل :

Date de dépôt : ..... تاريخ الإيداع :

Le : ..... بتاريخ