

**ADHERENT**

Nom : IMAKOR ..... Prénom : BRAHIM  
 Adresse : Bloc 26 Rue 04 N°02 ..... N° CIN : B444440  
 Sexe :  M  F ..... Situation de Famille : .....  
 Fonction actuelle : Retraité ..... Date de Naissance : 08.02.1962  
 Date d'entrée en fonction : 27.07.1987 ..... Matricule : E181  
 N° GSM: 06.67.12.24.41 ..... Tél FIXE: .....  
 Email: IMAKOR.Brahim.1960@gmail.com

**BENEFICIAIRE (S) DE LA COUVERTURE**

(CC) Conjoint (s)	Code	Nom et Prénom	Sexe	Date de Naissance	Profession	
	CC 1	<u>Bouhou NAÏMA</u>	X M	<u>23.07.1980</u>	<u>Sans</u>	
	CC2		M			
	CC3		M			
	CC4		M			
(E) Enfant (s)	Code	Prénom	Sexe	Date de Naissance	Scolarisé (e)	Célibataire
	E 01	<u>MAHDI</u>	X F	<u>12.07.1998</u>	X	NON
	E 02	<u>OUCAMAMA</u>	X F	<u>07.08.2001</u>	X	NON
	E 03	<u>A Y A</u>	M	<u>10.08.2012</u>	X	NON
	E 04		M		NON	NON
	E 05		M		NON	NON
	E 06		M		NON	NON
	E 07		M		NON	NON
	E 08		M		NON	NON
	E 09		M		NON	NON
	E 10		M		NON	NON

### DECLARATION DE L'ADHERENT

Prière de répondre explicitement à toutes les questions

### RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE CONJOINT

Profession : *Santé*

Bénéfice-t-il d'une Couverture Médicale ou d'assistance ?  Oui  Non

Auprès de quelle Compagnie ou Organisme ? .....

Bénéfice-t-il d'une Couverture Complémentaire  Oui  Non

Est-il affilié à la CNSS (si oui mentionner le N°) :  Oui  Non - Numéro : .....

Est-il affilié à la CMR (si oui mentionner le N°) :  Oui  Non - Numéro : .....

Je déclare sur l'honneur exactes et sincères les réponses ci-dessus.

Je reconnais que toute réticence, omission ou fausse déclaration entraînerait la nullité de mon adhésion conformément aux dispositions en vigueur.

Fait à... *Casa* Le *16.03.2023*

Signature de l'Adhérent.

(Précédée de la mention « Lu et Approuvé »)

