

*Chaput de m*

**ADHERENT**

Nom : *MARAH* Prénom : *ABDELAZIZ*  
Adresse : *HAY IFRIDIA RUE 41 N° 15 ASA* N° CIN : *B 524735*  
Sexe : ☒ M ☐ F Situation de Famille : *MARIÉ*  
Fonction actuelle : *RETRAITÉ* Date de Naissance : *10/7/54*  
Date d'entrée en fonction : *01/2/77* Matricule : *2331*  
N° GSM : *0639348710* Tél FIXE :  
Email : *abdelaziz.marah@gmail.com*

**BENEFICIAIRE (S) DE LA COUVERTURE**

(CC) Conjoint (s)	Code	Nom et Prénom	Sexe	Date de Naissance	Profession			
	CC 1	LIMOUNI RABIA	M	17/5/74				
	CC2		M					
	CC3		M					
	CC4		M					
(E) Enfant (s)	Code	Prénom	Sexe	Date de Naissance	Scolarisé (e)		Célibataire	
	E 01		M		OUI	NON	OUI	NON
	E 02		M		OUI	NON	OUI	NON
	E 03		M		OUI	NON	OUI	NON
	E 04		M		OUI	NON	OUI	NON
	E 05		M		OUI	NON	OUI	NON
	E 06		M		OUI	NON	OUI	NON
	E 07		M		OUI	NON	OUI	NON
	E 08		M		OUI	NON	OUI	NON
	E 09		M		OUI	NON	OUI	NON
	E 10		M		OUI	NON	OUI	NON



**DECLARATION DE L'ADHERENT**

Prière de répondre explicitement à toutes les questions

**RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE CONJOINT**

Profession : ..... *SANS* .....

Bénéficie-t-il d'une Couverture Médicale ou d'assistance ? ☐ Oui ☒ Non

Après de quelle Compagnie ou Organisme ? .....

Bénéficie-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 *04/5/2023* .....

Signature de l'Adhèrent.

(Précédée de la mention « Lu et Approuvé »)

*[Signature]*  
*Lu et Approuvé*