

Fiche Administrative Adhérent

Code : PR2FR05
Version : 01
Date : 24/06/2022

choujet de w

ADHERENT

Nom : MARAH
 Adresse : HAY İFRİQIA RUE 41 N° 15 CASA
 Sexe : ♂ M ⚡ F
 Fonction actuelle : RETRAITÉ
 Date d'entrée en fonction : 01/01/77
 N° GSM: 06 393 48710
 Email: abdelaziz.mrahih@gmail.com

Prénom : ABDELAZIZ
 N° CIN : B 524735
 Situation de Famille : MARIE
 Date de Naissance : 10/12/54
 Matricule : 2331
 Tél FIXE:

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) |
| | E 01 | | M | | NON |
| | E 02 | | M | | NON |
| | E 03 | | M | | NON |
| | E 04 | | M | | NON |
| | E 05 | | M | | NON |
| | E 06 | | M | | NON |
| | E 07 | | M | | NON |
| | E 08 | | M | | NON |
| | E 09 | | M | | NON |
| | E 10 | | M | | NON |



DECLARATION DE L'ADHERENT

Prière de répondre explicitement à toutes les questions

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE CONJOINT

Profession : *SANS*

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 *04/05/2023*

Signature de l'Adhérent.

(Précédée de la mention « Lu et Approuvé »)

M. RABHI
Lu et approuvé