

**ADHERENT**

Nom : EL KHAIER Prénom : Abdelmouhcen  
 Adresse : 55, MARA 1 Mohammédie N° CIN : W 23 430  
 Sexe :  M  F Situation de Famille :  
 Fonction actuelle : Retraite Date de Naissance :  
 Date d'entrée en fonction : 28/8/1972 Matricule : 1320  
 N° GSM: 06 61 22 87 81 Tél FIXE: 0523 32 99 91  
 Email: elkhaier\_20@yahoo.fr

**BENEFICIAIRE (S) DE LA COUVERTURE**

(CC) Conjoint (s)	Code	Nom et Prénom	Sexe	Date de Naissance	Profession
	CC 1	<u>SADRY MASSIBA</u>	<u>F</u>	<u>14/11/1955</u>	<u>sans</u>
	CC2				
	CC3				
	CC4				
(E) Enfant (s)	Code	Prénom	Sexe	Date de Naissance	Scolarisé (e)
	E 01				
	E 02				
	E 03				
	E 04				
	E 05				
	E 06				
	E 07				
	E 08				
	E 09				
	E 10				

**DECLARATION DE L'ADHERENT**

Prière de répondre explicitement à toutes les questions

**RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE CONJOINT**

Profession : ..... S.A.M.S. .....

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

Fait à Mohammed Le 25/5/2023

Signature de l'Adhérent.

(Précédée de la mention « Lu et Approuvé »)

Lu et approuvé  
Abdel