

ADHERENT

Nom : ABID Prénom : ABDEZRAHIM
 Adresse : SIDI HAMZA N° 20 N° CIN : 44611
 Sexe : M F Situation de Famille : MAITRE
 Fonction actuelle : RETRAITE Date de Naissance : 01/01/1954
 Date d'entrée en fonction : 1982 Matricule : 5086
 N° GSM: 06 64 01 23 15 Tél FIXE:
 Email: abidessamia.abid54@gmail.com

BENEFICIAIRE (S) DE LA COUVERTURE

(CC) Conjoint (s)	Code	Nom et Prénom	Sexe	Date de Naissance	Profession	
	CC 1					
	CC2					
	CC3					
	CC4					
(E) Enfant (s)	Code	Prénom	Sexe	Date de Naissance	Scolarisé (e)	Célibataire
	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 :

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... *Casablanca* Le *12/06/2023*

Signature de l'Adhérent.

(Précédée de la mention « Lu et Approuvé »)

[Signature]

