

ADHERENT

Nom : ABIN Prénom : ABDEZRAHIM
Adresse : BOU HAMZA N° 20 N° CIN : M 46 11
SIDI MAAROUF CASA
Sexe : ☒ M ☐ F Situation de Famille : MARIÉ
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 : abdezhrahimabin54@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 :

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

Auprès 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 12/06/2023

Signature de l'Adhérent.

(Précédée de la mention « Lu et Approuvé »

