

ADHERENT

Nom : SOUHAU Prénom : ABDELMAJID
Adresse : 13 Imble A N° 13 N° CIN : H64325
Sexe : ☒ M ☐ F Situation de Famille : Marie
Fonction actuelle : Retraité Date de Naissance : 01-01-1963
Date d'entrée en fonction : 12/09/1983 Matricule : 5552
N° GSM : 0662 18 30 90 Tél FIXE : 0522 253347
Email : souhaibdelmajid@gmail.com

BENEFICIAIRE (S) DE LA COUVERTURE

(CC) Conjoint (s)	Code	Nom et Prénom	Sexe	Date de Naissance	Profession		
	CC 1	BILAL LATIFA	F	25/04/1962	Retraitée		
	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 : Retraitée

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

Auprès de quelle Compagnie ou Organisme ? CNSS

Bénéficie-t-il d'une Couverture Complémentaire ☐ Oui ☒ Non

Est-il affilié à la CNSS (si oui mentionner le N°) : ☒ Oui ☐ Non - Numéro : 183315012

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 09/08/2023

Signature de l'Adhérent.

(Précédée de la mention « Lu et Approuvé »)