

ADHERENT

Nom :	SOUHAÏL		Prénom :	ABDELMAJID	
Adresse :	13 Emble A N° 13		N° CIN :	H64325	
Sexe :	<input checked="" type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> F	Situation de Famille :	Marié	
Fonction actuelle :	Retraité		Date de Naissance :	01-01-1963	
Date d'entrée en fonction :	12/09/1983		Matricule :	5552	
N° GSM:	06 62 18 30 90		Tél FIXE:	05 22 25 33 47	
Email:	souhailabdelmajid@gmail.com				

BENEFICIAIRE (S) DE LA COUVERTURE

(CC) Conjoint (s)	Code	Nom et Prénom	Sexe	Date de Naissance	Profession
	CC 1	BILAL LATIFA	F	25/04/1982	Retraité
	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 : *Retraitee*

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

Auprès de quelle Compagnie ou Organisme ? *CNSS*

Bénéfice-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 »)

