

ADHERENT

Nom : B. emaim Prénom : Naima

Adresse : Salam 1, immeuble 5, N°112, ouff. N° CIN : BE 595831

Sexe : M F Situation de Famille : V. E. W. E.

Fonction actuelle : Date de Naissance : 30/03/1970

Date d'entrée en fonction : Matricule : 6811

N° GSM: 0619.92.75.62 Tél FIXE:

Email: elghammari_hafsa@gmail.com
elghammari@atlasmultiservices.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	<u>Salma</u>		<u>02/04/2003</u>	oui	non
	E 02				non	non
	E 03				non	non
	E 04				non	non
	E 05				non	non
	E 06				non	non
	E 07				non	non
	E 08				non	non
	E 09				non	non
	E 10				non	non

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 :

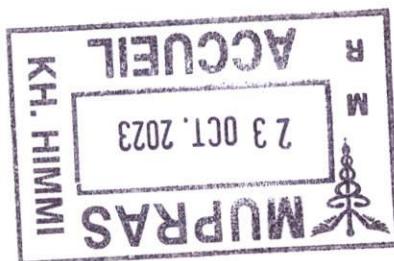
Je déclare sur l'honneur exactes et sincères les réponses ci-dessus.

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

Fait à.....Casablanca.....Le.....23/10/2023

Signature de l'Adhérent.

(Précédée de la mention « Lu et Approuvé »



lu et approuvé

X