

Fiche Administrative Adhérent

Code : PR2FR05
Version : 01
Date : 24/06/2022

ADHERENT

Nom : Benaim Prénom : Naima
Adresse : Salama, immeuble 5, N°112, autf N° CIN : BE595831
Sexe : ☐ M ☒ F Situation de Famille : veuve
Fonction actuelle : Date de Naissance : 30/03/1970
Date d'entrée en fonction : Matricule : 6811
N° GSM : 0619 92 75 62 Tél FIXE :
Email : elghannani_hafsa@gmail.com
helghannani@atlasmultiservices.com

BENEFICIAIRE (S) DE LA COUVERTURE

	Code	Nom et Prénom	Sexe	Date de Naissance	Profession				
(CC) Conjoint (s)	CC 1		M	F					
	CC 2		M	F					
	CC 3		M	F					
	CC 4		M	F					
	Code	Prénom	Sexe	Date de Naissance	Scolarisé (e)	Célibataire			
(E) Enfant (s)	E 01	<u>Salma</u>	M	<u>02/04/2003</u>	OUI	NON	OUI	NON	
	E 02		M		OUI	NON	OUI	NON	
	E 03		M		OUI	NON	OUI	NON	
	E 04		M		OUI	NON	OUI	NON	
	E 05		M		OUI	NON	OUI	NON	
	E 06		M		OUI	NON	OUI	NON	
	E 07		M		OUI	NON	OUI	NON	
	E 08		M		OUI	NON	OUI	NON	
	E 09		M		OUI	NON	OUI	NON	
	E 10		M		OUI	NON	OUI	NON	

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 :

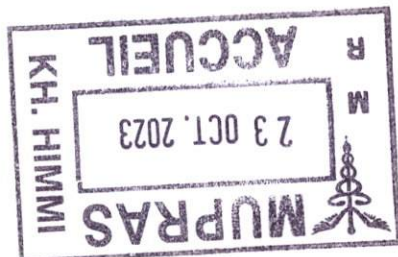
Je déclare sur l'honneur exactes et sincères les réponses ci-dessus.

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

Fait à casa Le 23/10/2023

Signature de l'Adhérent.

(Précédée de la mention « Lu et Approuvé »)



lu et approuvé
X