

## Fiche Administrative Adhérent

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

### ADHERENT

Nom : GAN TAR Prénom : MALIKA  
Adresse : 202, BAIZM SINA HAYEL N° CIN : B33890  
HANA - casa  
Sexe : ☐ M ☒ F Situation de Famille : mariee  
Fonction actuelle : retraitee Date de Naissance : 11/03/1945  
Date d'entrée en fonction : 26/07/1968 Matricule : 840  
N° GSM : 06.59.18.78.81 Tél FIXE : 05.22.94.71.77  
Email : mohammednassi2014@gmail.com

### BENEFICIAIRE (S) DE LA COUVERTURE

| (CC) Conjoint (s) | Code | Nom et Prénom | Sexe |   | Date de Naissance | Profession    |     |             |     |
|-------------------|------|---------------|------|---|-------------------|---------------|-----|-------------|-----|
|                   | CC 1 |               | M    | F |                   |               |     |             |     |
|                   | CC2  |               | M    | F |                   |               |     |             |     |
|                   | CC3  |               | M    | F |                   |               |     |             |     |
|                   | CC4  |               | M    | F |                   |               |     |             |     |
| (E) Enfant (s)    | Code | Prénom        | Sexe |   | Date de Naissance | Scolarisé (e) |     | Célibataire |     |
|                   | E 01 |               | M    | F |                   | OUI           | NON | OUI         | NON |
|                   | E 02 |               | M    | F |                   | OUI           | NON | OUI         | NON |
|                   | E 03 |               | M    | F |                   | OUI           | NON | OUI         | NON |
|                   | E 04 |               | M    | F |                   | OUI           | NON | OUI         | NON |
|                   | E 05 |               | M    | F |                   | OUI           | NON | OUI         | NON |
|                   | E 06 |               | M    | F |                   | OUI           | NON | OUI         | NON |
|                   | E 07 |               | M    | F |                   | OUI           | NON | OUI         | NON |
|                   | E 08 |               | M    | F |                   | OUI           | NON | OUI         | NON |
|                   | E 09 |               | M    | F |                   | OUI           | NON | OUI         | NON |
|                   | E 10 |               | M    | F |                   | OUI           | NON | OUI         | NON |

**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 ? .....

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 15/01/2024

Signature de l'Adhérent.

(Précédée de la mention « Lu et Approuvé »)

Lu et approuvé