

Fiche Administrative Adhérent

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

MLE 4160

ADHERENT

Nom : A ZIM Prénom : SAADIA
Adresse : 71 RES ELFADL N° CIN : B5941
APT 7 RUE BACHIR LAACEJ VALFLEUR CASA
Sexe : ☐ M ☒ F Situation de Famille : Marriage
Fonction actuelle : Date de Naissance : 23/08/1959
Date d'entrée en fonction : Matricule : 4160
N° GSM : 0661102747 Tél FIXE :
Email : Azim.saadia1@gmail.com

BENEFICIAIRE (S) DE LA COUVERTURE

(CC) Conjoint (s)	Code	Nom et Prénom	Sexe		Date de Naissance	Profession			
	CC 1	<u>ZAHROUHI</u>	M	F	<u>01/03/1950</u>	<u>RETRAITE</u>			
	CC2	<u>JAWAD</u>	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	<u>premier</u>	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 :

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

Après 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 ENSA Le 4/03/2024

Signature de l'Adhérent.

(Précédée de la mention « Lu et Approuvé »)

Lu et approuvé

