

Fiche Administrative Adhérent

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

MLE 4160

ADHERENT

Nom : AZIM Prénom : SAADIA

Adresse : 7A RES EL GADIL N° CIN : B 5941

APT 7 RUE BADIR LAACEJ VALFLEURI CASA
Sexe : M F Situation de Famille : Mariee

Fonction actuelle : Date de Naissance : 23/08/1958

Date d'entrée en fonction : Matricule : 4160

N° GSM: 0661108767 Tél FIXE:

Email: Azim.Saadia.1@gmail.com

BENEFICIAIRE (S) DE LA COUVERTURE

(CC) Conjoint (s)	Code	Nom et Prénom		Sexe	Date de Naissance	Profession
	CC 1	<u>ZAHIA HIBI</u>		<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> F	<u>01/03/1955</u>
	CC2	<u>JAWAD</u>		<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> F	
	CC3			<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> F	
	CC4			<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> F	
(E) Enfant (s)	Code	Prénom	Sexe	Date de Naissance	Scolarisé (e)	Célibataire
	E 01		<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> F	QUI	NON
	E 02		<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> F	QUI	NON
	E 03		<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> F	QUI	NON
	E 04		<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> F	QUI	NON
	E 05		<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> F	QUI	NON
	E 06		<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> F	QUI	NON
	E 07		<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> F	QUI	NON
	E 08		<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> F	QUI	NON
	E 09	<u>prénoms</u>	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> F	QUI	NON
	E 10		<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> F	QUI	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... ESSA Le 4/03/2024

Signature de l'Adhérent.

(Précédée de la mention « Lu et Approuvé »)

Lu et approuvé

