

FICHE ADMINISTRATIVE ADHERENT

ADHERENT

Nom : ZAHID Jilali Prénom : Jilali
 Adresse : AL QOUS RE FAJR IM KAYANE N° CIN : B 105963
 Sexe : ☒ M ☐ F Situation de Famille : Célibataire
 Fonction actuelle : RETRAITE Date de Naissance : 01-01-1956
 Date d'entrée en fonction : 01-7-78 Matricule : 2537
 N° GSM : 06 66 71 94 10 Tél FIXE : ✓
 Email : Jilali.ZAHID SR @ GML - 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 :

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.....Le.....

Signature de l'Adhérent.

(Précédée de la mention « Lu et Approuvé »