

## FICHE ADMINISTRATIVE ADHERENT

### ADHERENT

Nom : BOULANE Prénom : KHADIA  
 Adresse : 106 Lot Al Mountazak case N° CIN : B 313987  
 Sexe : ☐ M ☒ F Situation de Famille : VEUVE  
 Fonction actuelle : / Date de Naissance : 1-01-1955  
 Date d'entrée en fonction : 21-03-1978 Matricule : 2823  
 N° GSM : 0616088959/0668833889 Tél FIXE : 0522797376  
 Email : .....

### 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 CASA Le 16/02/22

Signature de l'Adhérent.

(Précédée de la mention « Lu et Approuvé »)

