

FICHE ADMINISTRATIVE ADHERENT

ADHERENT

Nom : BOULANE Prénom : KHADIJA

Adresse : 106 LOT APDlountazah.casa N° CIN : B 313 987

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)
		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 :

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 CASA Le 16/02/22

Signature de l'Adhérent.

(Précédée de la mention « Lu et Approuvé »)

