

Changement Adresse

**ADHERENT**

Nom : AZMI Prénom : EL MOSTAFA  
Adresse : 13 Resid. ARTEMIS 2<sup>e</sup> étage N° CIN : D95877  
N°4 YACCOUB EL HANSOUR V.N. HERMES  
Sexe : ☒ M ☐ F Situation de Famille : Marie!  
Fonction actuelle : RETRAITE Date de Naissance : 23.12.57  
Date d'entrée en fonction : 19.9.77 Matricule : 2610  
N° GSM : 0663 072895 Tél FIXE :  
Email : cazmi57@gmail.com

**BENEFICIAIRE (S) DE LA COUVERTURE**

(CC) Conjoint (s)	Code	Nom et Prénom	Sexe	Date de Naissance	Profession			
	CC 1	SEKKAK	F	01.01.1960	Sans			
	CC2	FOUZIA						
	CC3							
	CC4							
(E) Enfant (s)	Code	Prénom	Sexe	Date de Naissance	Scolarisé (e)		Célibataire	
	E 01	FIRDAOUS	F	08/06/2000			X	
	E 02							
	E 03							
	E 04							
	E 05							
	E 06							
	E 07							
	E 08							
	E 09							
	E 10							



**DECLARATION DE L'ADHERENT**

Prière de répondre explicitement à toutes les questions

**RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE CONJOINT**

Profession : RETRAITE SANS

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 21/07/2023

Signature de l'Adhérent.

(Précédée de la mention « Lu et Approuvé »)

