

Fiche Administrative Adhérent

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

ADHERENT

Nom : SERHANI Prénom : MOHAMED
 Adresse : 39 RESID BENJERGAO N° CIN : B 418275
ALJADIDA - AGADIR
 Sexe : ☒ M ☐ F Situation de Famille : M
 Fonction actuelle : RETRAITE Date de Naissance : 30/01/1957
 Date d'entrée en fonction : 4 Matricule : 4483
 N° GSM : 0668037656 Tél FIXE :
 Email : mohserhani7@gmail.com

BENEFICIAIRE (S) DE LA COUVERTURE

(CC) Conjoint (s)	Code	Nom et Prénom	Sexe		Date de Naissance	Profession			
	CC 1	Gueppa	F	F	02/01/1957	SANS			
	CC2	RABIA	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 : 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 Agadir Le 22/09/24
Signature de l'Adhérent.

(Précédée de la mention « Lu et Approuvé »)

Lu et approuvé
