

Fiche Administrative Adhérent

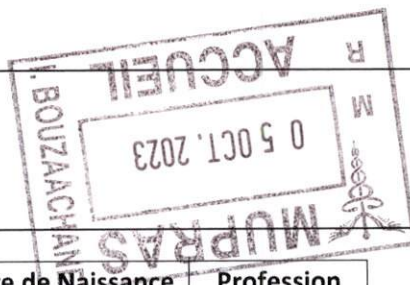
Code : PR2FR05
Version : 01
Date : 24/06/2022

Changement
Adresse Mail

ADHERENT

Nom : ROCHDI Prénom : M'hamed
Adresse : Residence walili7, medina N° CIN : B210873
Sexe : ☒ M ☐ F Situation de Famille : Marie
Fonction actuelle : Retraité Date de Naissance : 14-6-1955
Date d'entrée en fonction : 14-6-1977 Matricule : 2479
N° GSM : 0621999896 Tél FIXE :
Email : mbrochdi1955@gmail.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	<u>WIAM</u>	F	F	<u>28-4-2001</u>	<u>OUI</u>	<u>NON</u>	<u>OUI</u>	<u>NON</u>
	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 : Detraite du M.E.N. (CNOPS)

Bénéficie-t-il d'une Couverture Médicale ou d'assistance ? ☒ Oui ☐ Non

Auprès de quelle Compagnie ou Organisme ? CNOPS

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 5/10/23

Signature de l'Adhérent.

(Précédée de la mention « Lu et Approuvé »)

