

Fiche Administrative Adhérent

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

ADHERENT

Nom :	C HAFIK		Prénom :	Abdeljouad	
Adresse :	Villa P2 cité ALMANAR CASA		N° CIN :	A 245 06	
Sexe :	<input checked="" type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> F	Situation de Famille : M		
Fonction actuelle :	Retraité		Date de Naissance :	06/01/1954	
Date d'entrée en fonction :	01/10/1974		Matricule :	01762	
N° GSM:	06 61 17 03 19		Tél FIXE:	0522 366350	
Email:	jchafik@yahoo.com				

BENEFICIAIRE (S) DE LA COUVERTURE

(CC) Conjoint (s)	Code	Nom et Prénom		Sexe	Date de Naissance	Profession
	CC 1	CHEF	F		23/12/1956	Retraité
	CC 2	DIONEZZAN	F			
	CC 3					
	CC 4					
(E) Enfant (s) <i>Adultes</i>	Code	Prénom	Sexe	Date de Naissance	Scolarisé (e)	Célibataire
	E 01	Ali	M	04/8/1986	/	X
	E 02	Reda	M	13/8/1990	/	X
	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 : *Retraité' (Enseignement Sup)*

Bénéfice-t-il d'une Couverture Médicale ou d'assistance ? Oui Non

Auprès de quelle Compagnie ou Organisme ? *C No P S*

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 *07/12/2023*

Signature de l'Adhérent.

(Précédée de la mention « Lu et Approuvé »)

*lu et approuvé,
Z. Implant*