

## Fiche Administrative Adhérent

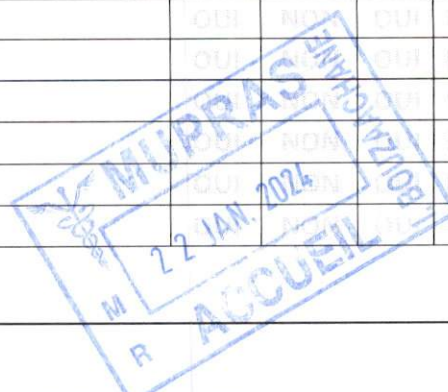
Code : PR2FR05  
Version : 01  
Date : 24/06/2022

### ADHERENT

Nom : GRIRANE Prénom : REDAAD  
Adresse : 105- Rue Abulrahmane-Sabharwal N° CIN : B 408629  
Sexe : ☒ M ☐ F Situation de Famille : M.  
Fonction actuelle : Retraité Date de Naissance : 21.01.1949  
Date d'entrée en fonction : 1969 Matricule : 915  
N° GSM: 0613544218 Tél FIXE: 052222 7699  
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)		Célibataire	
	E 01	OMAN	M	F	24-07-2007	X	NON	X	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 : Retraité

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

Auprès de quelle Compagnie ou Organisme ? X

Bénéficie-t-il d'une Couverture Complémentaire ☐ Oui ☒ Non

Est-il affilié à la CNSS (si oui mentionner le N°) : ☒ Oui ☐ Non - Numéro : 113517951

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 Casablanca Le 26-12-2023

Signature de l'Adhérent.

(Précédée de la mention « Lu et Approuvé »)

  
lu et approuvé