

FICHE ADMINISTRATIVE ADHERENT

ADHERENT

Nom : Bennani Prénom : Meftaha

Adresse : 2, rue Aïn Lalla Hayat CI 1 Casa N° CIN : B 74 566

Sexe : M F

Situation de Famille : Veuve

Fonction actuelle : Date de Naissance : 01.01.1948

Date d'entrée en fonction : Matricule : 623

N° GSM: 06 62 55 26 39 Tél FIXE: 05 22 36 83 40

Email: Meftaha.18@yahoo.fr

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		M	F		OUI	NON
	E 02		M	F		OUI	NON
	E 03		M	F		OUI	NON
	E 04		M	F		OUI	NON
	E 05		M	F		OUI	NON
	E 06		M	F		OUI	NON
	E 07		M	F		OUI	NON
	E 08		M	F		OUI	NON
	E 09		M	F		OUI	NON
	E 10		M	F		OUI	NON



DECLARATION DE L'ADHERENT

Prière de répondre explicitement à toutes les questions

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE CONJOINT

Profession :

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

Auprès de quelle Compagnie ou Organisme ?

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.....Le.....

Signature de l'Adhérent.

(Précédée de la mention « Lu et Approuvé »)