

## BULLETIN D'ADHESION PRIVE-GROUPE

AGENT OU APPORTEUR : ..... CODE : .....

IDENTIFICATION DE L'ADHERENT							
NOM :							
PRÉNOMS :							
DATE DE NAISSANCE :				LIEU NAISSANCE :			
IDENTIFIANT :							
NATURE DE LA PIÈCE :				N° :			
ETABLIE LE :				A :			
E-MAIL :				TELEPHONE :			
SITUATION MATRIMONIALE : <input type="checkbox"/> CÉLIBATAIRE <input type="checkbox"/> MARIÉ(E) <input type="checkbox"/> VEUVE/VEUF <input type="checkbox"/> DIVORCÉ(E)							

SITUATION PROFESSIONNELLE		
EMPLOI :	POSTE :	LOCALITE :

IDENTIFICATION DU PRODUIT CHOISI	
MA'SANTE (30 000 frs CFA / mois) <input type="checkbox"/>	MA'SOLIDARITE PLUS (15 000 frs CFA / mois) <input type="checkbox"/>

MODE DE PAIEMENT	
<input type="checkbox"/> CHEQUES	<input type="checkbox"/> VIREMENT BANCAIRE
<input type="checkbox"/> PAIEMENT ELECTRONIQUE	<input type="checkbox"/> AUTRE .....

DATE DE PREMIER PRECOMPTE				
FIN DU MOIS DE : .....		2	0	

IDENTIFICATION DES AYANTS - DROIT				
N°	NOM ET PRÉNOMS :	DATE NAISSANCE	LIEN	SEXE
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				

L'ADHERENT SOUFFRE-T-IL D'UNE MALADIE CHRONIQUE ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
---	------------------------------	------------------------------

Signature de l'Adhérent

Fait à ....., le 

				2	0		
--	--	--	--	---	---	--	--