

## BULLETIN D'ADHESION PRIVE INDIVIDUEL-RETRAITE

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 (35 000 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		
--	--	--	--	---	---	--	--