



BULLETIN D'ADHESION PRIVE

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 (17 000 frs CFA / mois) <input type="checkbox"/>	MA'SOLIDARITE PLUS (10 000 frs CFA / mois) <input type="checkbox"/>
(20 000 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"/>
---	------------------------------	------------------------------

BENEFICIAIRE EN CAS DE DECES	
NOM ET PRÉNOMS :	LIEN DE PARENTÉ :

ASCENDANT DECLARE	LIEN	DATE DE NAISSANCE

Signature de l'Adhérent

Fait à, le

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