



## BULLETIN D'ADHESION FONCTIONNAIRE

AGENT OU APORTEUR : .....

CODE : .....

### IDENTIFICATION DE L'ADHERENT

NOM :							
PRÉNOMS :							
DATE DE NAISSANCE :	LIEU NAISSANCE :						
MATRICULE :							
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 (20 000 frs CFA / mois) <input type="checkbox"/>	MA'SOLIDARITE PLUS (10 000 frs CFA / mois) <input type="checkbox"/>
---	---

### 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		
--	--	--	--	---	---	--	--