

## Assurance Maladie Complémentaire à la CNOPS au profit des adhérents de la FONSAF JS

*Bulletin individuel d'adhésion*

Nouvelle adhésion

Modification

### Adhérent - Assuré

Mme

Mlle

M.

Nom et Prénom(s) : .....

Date de naissance :           Lieu de naissance : ..... \*CIN N° : .....

Situation familiale : Célibataire  Marié(e)  Divorcé(e)  Veuf(ve)  Nbre d'enfants :

\* Adresse de correspondance : ..... \*ville .....

Lieu d'affectation : ..... N° de Tél. (Fixe) : ..... \*\*N° de GSM : .....

N° PPR : ..... N° d'affiliation à la CNOPS : .....

N° d'immatriculation à la CNOPS : .....

### Personnes à charge (LES BÉNÉFICIAIRES)

Conjoint (s) et enfants âgés de moins de 21 ans ou de moins de 26 ans lorsqu'ils poursuivent des études et les enfants handicapés sans limite d'âge.

Conjoint(s)	Conjoint 1
Prénom(s)	
Nom(s)	
Date de Naissance	
Profession	

Enfant(s)	1 <sup>er</sup> Enfant	2 <sup>ème</sup> Enfant	3 <sup>ème</sup> Enfant	4 <sup>ème</sup> Enfant	5 <sup>ème</sup> Enfant	6 <sup>ème</sup> Enfant
Prénom(s)						
Date de Naissance						

Afin de nous permettre de procéder au règlement de vos remboursements dans les meilleurs délais, prière d'indiquer votre Relevé d'Identité Bancaire (RIB) accompagné de la pièce justificative originale

.....

Banque ou C.C.P.  Agence  Ville

### Déclaration

Je soussigné(e) certifie exactes et sincères les déclarations ci-dessus, qui servent de base à mon adhésion. Je reconnais que toute réticence, omission ou fausse déclaration entraînerait la nullité de mon adhésion conformément aux dispositions de la loi 17-99 portant code des assurances promulguée par Dahir n° 1-02-238 du 25 Rajab 1423 (03 Octobre 2002).  
Je déclare avoir pris connaissance des Conditions Générales et de la notice d'information du contrat et accepter toutes les clauses sans réserve.  
Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles qui se trouve au verso du présent bulletin.

A ..... Le .....

**Visa et cachet de la FONSAF JS**

**Signature de l'Adhérent - Assuré**

