

ASSURANCE MALADIE GROUPE

BULLETIN D'ADHESION

PROPOSANT

Nom(s) Prénom(s)

S'il s'agit d'une femme mariée indiquer en outre le nom de jeune fille

Né (e) le à

Adresse

Nom de l'employeur Emploi Lieu de travail.....

Situation de famille : Célibataire Marié(e) Veuf Divorcé Séparé

Nom (s) et Prénom (s) du ou des conjoints

Date et lieu de naissance du ou des conjoints

Les conjoint(s) exerce(nt)-il(s) une profession ?..... Laquelle

Nombre d'enfants à charge

Prière de remplir les cases suivantes pour les enfants

Nom et prénom	Date et lieu de naissance	sexe

Zone de couverture choisie : Cameroun Afrique Europe

Asie USA Monde entier

Option de remboursement A-100% B-90% C-80%

D-70% E-60% F-50% G- Autre

Garantie Etendue Maternité Soins dentaire Option médicale

Evacuation sanitaire

Déclare donner mon adhésion à l'assurance Maladie Groupe

A le

Le proposant

LA SOCIETE

(1) Si plus d'enfants et ou épouses faire une liste additive.