



BULLETIN D'ADHESION

AGENT OU APPORTEUR :

CODE :

IDENTIFICATION DE L'ADHERENT	
NOM :	
PRENOMS :	
DATE DE NAISSANCE :	LIEU NAISSANCE :
IDENTIFIANT :	
CONTACTS :	
NATURE DE LA PIECE :	N° :
ETABLIE LE :	A :
E-MAIL :	SITUATION MATRIMONIALE :

SITUATION PROFESSIONNELLE		
EMPLOI :	POSTE :	LOCALITE :

IDENTIFICATION DU PRODUIT CHOISI	
MA'SANTE (17 000 frs CFA / mois) <input type="checkbox"/>	MA'SOLIDARITE PLUS (8 000 frs CFA / mois) <input type="checkbox"/>

MODE DE PAIEMENT			
<input type="checkbox"/> SOLDE	<input type="checkbox"/> VIREMENT BANCAIRE	<input type="checkbox"/> AUTRE	
<input type="checkbox"/> CHEQUES	<input type="checkbox"/> PAIEMENT ELECTRONIQUE	

DEBUT PROBABLE DE PAIEMENT	
DATE DE PREMIER PRECOMPTE :	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 2 0 <input type="text"/> <input type="text"/>

IDENTIFICATION DES AYANTS - DROIT				
N°	NOM ET PRENOMS :	DATE NAISSANCE	LIEN	SEXE

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 DE PARENTE
Nom et Prénoms :	

Signature de l'Adhérent

Fait à, le

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	2	0	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	---	---	----------------------	----------------------