



Caisse Nationale des Organismes
de Prévoyance Sociale

Photo

Assurance Maladie Obligatoire
(Loi 65-00 portant le code de la couverture médicale de base)
Fiche de Renseignements sur l'Assuré et ses ayants droit

Nom et Prénom :
 Date et lieu de naissance :
 N° CIN :
 N° PPR(CNT)/ou N° de Pension (*) :
 Adresse :
 Ville :
 Adresse E-MAIL :
 Etat civil : Célibataire Marié (e) Divorcé (e) Veuf (ve)
 Relevé d'Identité bancaire (RIB) :
 Date de recrutement (ou date de retraite) :
 Matricule Agent chez l'employeur :
 Organisme Employeur / ou Caisse de Retraite :
 Adresse de l'Organisme Employeur :
 Echelle : échelon :
 (*) : Les agents relevant du Centre National de Traitement ou des caisses de retraite

Renseignements sur le(s) conjoint(s)

Nom et Prénom	CIN	Date et lieu de naissance	Date de mariage	Profession
.....	Sans profession <input type="checkbox"/>
.....	Libérale <input type="checkbox"/>
.....	Privé <input type="checkbox"/>
.....	Public <input type="checkbox"/>

Renseignements sur les enfants à charge

Prénom	Date de naissance	N° CIN Enfant
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

L'assuré	L'employeur
Date :	Date :
Signature :	Signature et cachet :