

DECLARATION D’AFFILIATION AU CONTRAT GROUPE-MALADIE

SOUSCRIPTEUR DE L’ASSURANCE MALADIE

DESIGNATION :

ADRESSE :

ADHERENT

Nom : Prénom : Date de Naissance :
.....

Adresse Personnelle :

Conjoint :

Enfant 1 :

Enfant 2 :

Enfant 3 :

IMPORTANT

Lorsque ce certificat vous aura été retourné signé par l’assureur vous devez le **CONSERVER**

Soigneusement,

En effet, il sera exigé pour toute demande de changement de bénéficiaire

Fait à Tunis,
le :

Pour l’Assureur

En cas de sinistre, il devra être remis à l'assureur	
--	--