

## 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	
--	--