

DECLARATION SUR L'HONNEUR

(Pour le conjoint)

Je soussigné, déclare sur l'honneur que mon conjoint, cité ci-dessous, ne bénéficie d'aucune couverture médicale de base auprès d'un régime d'assurance maladie obligatoire.

I) Renseignements concernant l'adhérent(e)

Nom et Prénom :

Date de naissance :

Matricule :

N° CNIE :

Adresse :

N° Tél :

II) Renseignements concernant le conjoint

Nom et Prénom du conjoint :

Date de naissance du conjoint :

N° CNIE du conjoint :

Profession du conjoint :

Signature légalisée de l'adhérent(e)