

## **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)