

تعاقدية العمل الإجتماعي
mas
caid

تعاضدية العمل الإجتماعي
الصندوق المستقل للعجز والوفاء



BULLETIN D'ADHESION
F411-3-43

CODE ORGANISME	MATRICULE	CODE AFFECTATION

SITUATION DE L'ADHÉRENT :

Je soussigné, demande à bénéficier des avantages de la Mutuelle d'Action Sociale et certifie sur L'honneur l'exactitude des renseignements donnés ci-dessous :

PRENOM :

NOM :

NOM DE JEUNE FILLE :

DATE ET LIEU DE NAISSANCE : **A :**

C.N.I.E.:	C.N.S.S.:
-----------	-----------

☐ **CELIBATAIRE**
☐ **MARIE(E)**
☐ **VEUF(VE)**
☐ **DIVORCE(E)**

FONCTION :	DATE D'EMBAUCHE :
-------------------	--------------------------

ADRESSE COMPLETE	Ville :
	Téléphone : E-mail :

(1) Tout changement ultérieur devra être signalé à la mutuelle d'Action Sociale

Observations :

Date de réception :

Direction :

SITUATION DU CONJOINT

PRENOM : NOM :

DATE ET LIEU DE NAISSANCE : A :

PROFESSION :

Le conjoint qui exerce une activité bénéficie-t-il d'une couverture de soins de santé ? ☐ OUI ☐ NON

Dans l'affirmative indiquez la raison sociale de l'organisme qui l'assure.

Cette couverture s'étend-elle aux enfants du conjoint ? ☐ OUI ☐ NON

Lorsque l'adhérent a plusieurs épouses à charge, remplir un autre formulaire qui sera joint au présent bulletin.
Le conjoint (épouse) qui exerce une activité au sein de la Caisse Nationale de Sécurité Sociale doit remplir le présent Bulletin au titre d'adhérent. Dans ce cas les éventuels enfants à charge seront portés sur le bulletin d'adhésion de L'époux.

ENFANTS A CHARGE

RANG	PRENOM	NOM	DATE DE NAISSANCE	LIEN DE PARENTE (1)	OBSERVATIONS (2)
1					
2					
3					
4					
5					
6					

(1) Préciser s'il s'agit d'un enfant- légitime-naturel- adoptif.

(2) Précisez s'il s'agit d'un enfant scolarisé (Agé de 16 à 26 ans) ou le cas échéant un enfant handicapé
Les enfants couverts par un régime de soins de santé dont bénéficie le père ne sont pas considérés à la charge de la mère.

Je demande que les cotisations que je dois verser à la Mutuelle d'Action Sociale me soient directement prélevées sur ma rémunération et autorise à cet effet que l'opération soit effectuée sous l'autorité de mon employeur qui versera le montant ainsi prélevé au trésorier de la Mutuelle d'Action Sociale. (*)

(*) Cadre réservé au membre actif

CADRE RÉSERVÉ
A LA CAISSE AUTONOME D'INVALIDITE
ET DE DECES

BENEFICIAIRE(S) DU CAPITAL DECES :

J'autorise la ou les personne(s) indiquée(s) ci-dessous à bénéficier du capital décès :

PRENOM	NOM	LIEN DE PARENTE

Information importante :

Répartition de l'allocation décès suivant les modalités du règlement de la CAID (Article 6 Alinéa 1-C)
L'allocation décès est attribuée comme suit :

- a) Elle est octroyée à la personne ou répartie entre les personnes désignée (s) par le membre décédé sur son bulletin d'adhésion et selon la répartition désignée par celui-ci ;
- b) En cas de désignation des bénéficiaires par le membre décédé sur son bulletin d'adhésion et à défaut de répartition fixée par celui-ci sur son bulletin d'adhésion, l'allocation décès est octroyée à la personne ou répartie à parts égales entre lesdits bénéficiaires ;
- c) A défaut de personne (s) désignée (s) par le membre décédé sur son bulletin d'adhésion ou de désignation comme suit : « Ayants droit », la CAID retient les ayants droit mentionnés sur l'acte d'hérédité et la répartition se fera selon les parts mentionnées sur ledit acte ;
- d) A défaut de bénéficiaires susmentionnés, l'allocation reste acquise à la CAID.

Le membre se réserve le droit à tout moment de changer les bénéficiaires désignés sur son bulletin d'adhésion.

A ----- Le -----

Faire précéder la signature de la mention « Lu et Approuvé »

Signature