

Photo/ Assuré
صورة المؤمن



الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي
+oHIZ+ +oC8O+ | XICoC | 84EoH oC8I
Caisse Nationale des Organismes de Prévoyance Sociale

التأمين الإجباري عن المرض
Assurance Maladie Obligatoire

Fiche de renseignement sur l'assuré et ses ayants droit

استمارة معلومات حول المؤمن وذوي حقوقه

Nom & prénom de l'assuré (e)		الاسم العائلي والشخصي			
Date de naissance		تاريخ الازدياد			
N° Matricule ou N° de pension		رقم التأجير أو المعاش			
N° de la CIN		رقم بطاقة التعريف الوطنية			
Adresse		العنوان			
Ville		المدينة			
Tél.:	الهاتف	E-mail:	البريد الإلكتروني		
Relevé d'identité bancaire		رمز الهوية البنكية			
Date de recrutement		تاريخ التوظيف			
Employeur / caisse de retraite		المؤسسة المشغلة أو صندوق التقاعد			
Etat civil :	<input type="radio"/> Célibataire- أعزب	<input type="radio"/> marié (e) - متزوج (ة)	<input type="radio"/> Divorcé - مطلق (ة)	<input type="radio"/> Veuf(ve) - أرمل (ة)	الحالة العائلية :

RENSEIGNEMENT SUR LE CONJOINT(e) / معلومات حول الزوج (ة)

Nom & prénom الاسم العائلي والشخصي	CIN رقم بطاقة التعريف الوطنية	Date de naissance تاريخ الازدياد	Date de mariage تاريخ الزواج	Profession المهنة
				<input type="radio"/> Sans Profession بدون مهنة <input type="radio"/> Libérale مهنة حرة <input type="radio"/> Privé القطاع الخاص <input type="radio"/> Public القطاع العام

RENSEIGNEMENT SUR LES ENFANTS معلومات حول الأبناء

Nom et prénom الاسم العائلي و الشخصي	CIN رقم بطاقة التعريف الوطنية	Date de naissance تاريخ الازدياد

Assuré (e)
المؤمن (ة)

Fait le :

Signature de l'assuré

L'employeur
المشغل

Fait le :

Signature et Cachet
de l'employeur