

استمارة طلب تمديد حق الاستفادة من الخدمات المضمونة برسم التأمين الإجباري الأساسي عن المرض*

Les données personnelles de l'assuré البيانات الشخصية للمؤمن

Nom & prénom de l'assuré (e) الاسم العائلي والشخصي للمؤمن (ة)

N° Immatriculation رقم التسجيل

N° de la CIN رقم بطاقة التعريف الوطنية

N° de Tél.: رقم الهاتف

E-mail de l'Assuré البريد الإلكتروني للمؤمن

Adresse : العنوان

Les données personnelles du bénéficiaire البيانات الشخصية للمستفيد

Nom et prénom الاسم العائلي والشخصي

N° de la CIN رقم بطاقة التعريف الوطنية

Date de naissance تاريخ الازدياد

الجنس : ذكر أنثى لديه إعاقة : لا نعم لا نعم

يزاول نشاطا مأجورا : لا نعم لا نعم

يستفيد من تأمين آخر مماثل : لا نعم لا نعم

إقرار و تعهد

أقر أنا الموقع أسفله، بصحة البيانات التي تم تدوينها على الاستمارة،
وأتعهد بإعلام مصالحكم كتابيا في حالة حصول أي تغيير يطرأ عليها.

حرر في: بتاريخ: / /

التوقيع

ملاحظة هامة

*يتم ملء هذه الاستمارة في احترام تام لمقتضيات المادتين 7 و8 من الظهير الشريف رقم 1-20-06 صادر في 11 من رجب 1441 (6 مارس 2020) بتنفيذ القانون رقم 55-19 المتعلق بتبسيط المساطر والإجراءات الإدارية، واللذان تنصان على مبدأ الثقة بين المرتفق والإدارة والغاء تصحيح الامضاء وتعويضه بالتصريح بالشرف.