

# Assurance Maladie Universelle

## Formulaire d'Adhésion

### NUMERO D'ASSURE SOCIAL

(a remplir par la CNSS)

**Important:** Cette demande d'adhésion est obligatoire. Elle permet a votre assurance d'étudier vos droits. Aussi, il est important de remplir tous les champs de la manière la plus exhaustive. Aucune demande ne sera prise en compte si elle est incomplète ou erronée.

### IDENTITE DE L'ASSURE

**Prénom et NOM** ( Veuillez indiquer vos 3 noms en MAJUSCULES) :

Sexe  F  M Date de Naissance

Lieu de Naissance  Numéro CIN

Nationalité

Nom de la Mère:

Adresse:  Milieu  Urbain  Rural

Numéro de Telephone:  Email:

Situation Professionnelle

Secteur Public  Secteur Prive  
 Travailleur Indépendant  Parapublic  
 Chômeur ayant déjà eu une activité  Chômeur n'ayant jamais eu d'activité  
 Étudiant  Retraité(e)

Immatriculé(e) a la CNSS  Oui  Non Si oui indiquez le numéro (indiquez les 13 chiffres de la carte)

Situation Familiale

Célibataire  Marié(e)  Divorcé(e)  Nombre d'enfants a charge:

Veuf(ve)

Souffrez-vous d'une maladie chronique?  Oui  Non Si oui, laquelle?  Diabète  Hypertension artérielle  Autre

