



# Demande d'Adhésion à l'Assurance Maladie Obligatoire (1)

Direction des Affiliés

Réf. : 325-1-07

## Identification de l'Affilié

Numéro d'affiliation :

Nom ou Raison sociale :

Activité Principale :

Adresse du Siège Social :

N° téléphone :  N° Fax :

E-mail :

Nombre de salariés :  Nombre salariés célibataires :  Nombre salariés mariés :

## Couverture précédente

Identification de l'assureur précédent :

N° de police :

Date de premier effet du contrat :

Taux de cotisation des prestations maladie :

Couverture du personnel retraité : (2) oui  (2) non

Montant annuel contractuel :

Motif de la fin de couverture : (2) Arrivée de l'échéance  (2) Résiliation

Date de l'échéance de la police :

Motif de la résiliation :

## Raisons justifiant le choix de l'AMO

Signature du responsable de l'entreprise

Cachet de l'Affilié

- |  |  |
|--|--|
|  |  |
|--|--|
- (1) Prière de procéder à la déclaration, à la CNSS, des conjoints et des enfants de vos salariés et ce afin de les faire bénéficier des prestations servies dans le cadre l'AMO.  
(2) Cocher la case correspondante  
Indice de révision : 01