



CAMEDYC

Agent(e):

Date:

## FORMULAIRE D'INSCRIPTION

### INFORMATION DU SOUSCRIPTEUR

Nom complet :

Date de naissance :  Genre :

Adresse :

Ville :  Sport pratique :

Taille :  Poids :

Numero de tel :  Email Address :

Numéro d'identification nationale (CIN/NIF) :

occupation :  Lieu de naissance :

### PREMIER BENEFICIAIRE

Nom :  Prenom :

Adress :

POids :  Taille :

Responsibilities :  sport pratique :

### SECOND BENFICIARE

Nom :  Prenom :

Adress :

POids :  Taille :

Responsibilities :  sport pratique :

## DECLARATION DE SANTE

L'un des bénéficiaires souffre-t-il d'une maladie chronique ?  Oui  Non

Si oui, précisez :

L'un des bénéficiaires suit-il un traitement médical régulier ?  Oui  Non

Si oui, précisez :

## PLAN CHOISI ET PAIEMENT

Plan souscripteur + 2 bénéficiaires	Especes	carte	virement bancaire

## ENGAGEMENT ET AUTORISATION

Je certifie que les informations fournies sont exactes et autorise CAMEDYC à gérer mes données pour l'adhésion à la couverture de santé.

Fait à : \_\_\_\_\_ le : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Signature du souscripteur : \_\_\_\_\_