

DECLARATION D’AFFILIATION AUX SERVICES DE COUVERTURE MALADIE COMPLÉMENTAIRE



Contractant souscripteur des services de couverture maladie complémentaire

Désignation **Mutuelle des Agents des Douanes Tunisiennes**

Adresse **Rue 8805 N°9 Cité El Khadra, Tunis**

ADHÉRENT

Matricule adhérent(e)

Nom Prénom Nom de Jeune Fille

CIN Délivrée le/...../..... Date de naissance/...../.....

Situation Familiale Célibataire Divorcé(e) Marié(e) Veuf(ve)

Filière CNAM Public Privé Remboursement

Numéro de téléphone mobile (1) (Numéro à utiliser pour la réception des SMS)

Numéro de téléphone mobile (2)

Adresse personnelle N°..... Avenue/Rue Ville

Code Postal Gouvernorat

Email@..... (L'adresse mail est obligatoire pour obtenir un compte Extranet et la réception de toute notification avec le système de couverture maladie complémentaire)

Gouvernorat d'affectation

Nombre de personnes à charge au sens fiscal Enfant(s) Parents

Rib bancaire ou RIP postal

Date Adhésion : 01/07/2018 (l'adhésion est annuelle)

Situation administrative : En activité En retraite En détachement Autre

Adhésion : Renouvellement d'adhésion Nouvelle d'adhésion

CONJOINT

Nom Prénom Date de naissance/...../.....

Adhérent(e) au service Oui Non
de couverture maladie complémentaire)

Matricule Adhésion

Visa du Chef Local

Partie réservée à la Mutuelle des Agents
des Douanes Tunisiennes

Fait à Tunis, le

Tous les champs sont obligatoires. Veiller à les remplir soigneusement.

Votre état de santé vous permet-il d'exercer normalement votre activité professionnelle ?

OUI NON

Etes-vous actuellement en état d'incapacité de travail par suite de maladie ou d'accident ?

OUI NON

Etes-vous actuellement en bonne santé ?

OUI NON

Avez-vous des renseignements particuliers à communiquer au sujet de votre santé ? Si vous avez souffert, ou souffrez d'une affection, ou bien si vous avez été victime d'un accident vous devez donner, ci-après, toutes indications utiles à ce sujet. Vous devez notamment déclarer si vous êtes en état d'invalidité, si vous êtes atteint d'une infirmité congénitale ou accidentelle (avec ou sans pension d'invalidité), si vous avez été victime d'un accident dont les suites ne sont pas encore consolidées, si vous avez subi une intervention chirurgicale, si vous êtes en traitement au moment de l'affiliation ou si vous avez été soigné antérieurement en précisant bien la nature de la maladie, sa date, sa durée.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Je soussigné, certifie l'exactitude et la sincérité de mes déclarations. Je n'ai rien déclaré ou omis de déclarer qui puisse induire en erreur la Mutuelle.

Signature de l'Adhérent
Précédée de la mention manuscrite
« Lu et approuvé »

**Cachet de la Mutuelle des
Agents des Douanes Tunisiennes**

DECLARATION D’AFFILIATION AUX SERVICES DE COUVERTURE MALADIE COMPLÉMENTAIRE

IDENTIFICATION DES PRESTATAIRES

	ADHERENT	CONJOINT
Date d’entrée		
Nom		
Prénom		
Date de naissance		
CIN	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Adresse		

ENFANTS (à charge)

Nom et prénom	Date de naissance	Sexe	Date d’entrée
1 -			
2 -			
3 -			
4 -			
5 -			
6 -			
7 -			
8 -			

PARENTS (à charge)

Nom et prénom	Date de naissance	CIN	Date d’entrée
Mère -		<input type="text"/>	
Père -		<input type="text"/>	

Je soussigné, certifie être actuellement en bon état de santé et n’avoir pas interrompu mon activité professionnelle pour cause de maladie pendant plus de 15 jours au cours des trois derniers mois.

QUESTIONNAIRE DE SANTE

Les réponses à toutes les questions sans exception doivent être précises et explicitées.
Elles ne peuvent en aucun cas être remplacées par des traits

Prière répondre scrupuleusement aux questions ci-dessous :	Adhérent	Conjoint	Ascendant Père	Ascendant Mère	1 ^{er} Enfant	2 ^{ème} Enfant
Poids et taille des personnes à assurer						
Une de ces personnes a-t-elle souffert ou souffre-t-elle de maladie (nature, époque, durée) ?						
1 - Des voies respiratoires ?						
2 - Du cœur ou de circulation ?						
3 - De l'appareil digestif ou du foie ?						
4 - De l'appareil urinaire ou génital (organes féminins notamment)						
5 - Des os ou des articulations (y compris les rhumatismes)						
6 - Du système nerveux						
7 - Des organes des sens						
8 - De toute autre maladie ne rentrant pas dans la classification ci-dessus, par exemple : peau, glandes endocrines diabète, maladie infectieuses, etc...						
9 - Subi une opération ?						
10- Eté victime d'un accident ?						
11 - Fait un séjour dans un sanatorium, un hôpital psychiatrique ou un autre établissement de soins						
12 - Fait une cure thermale						
13 - Une de ces personnes souffre-t-elle : (Nature)						
13.1 D'une maladie congénitale ? Chronique ?						
13.2 D'une infirmité ?						

QUESTIONNAIRE DE SANTE

Les réponses à toutes les questions sans exception doivent être précises et explicitées.
Elles ne peuvent en aucun cas être remplacées par des traits

Prière répondre scrupuleusement aux questions ci-dessous :	3 ^{eme} Enfant	4 ^{eme} Enfant	5 ^{eme} Enfant	6 ^{eme} Enfant	7 ^{eme} Enfant	8 ^{eme} Enfant
Poids et taille des personnes à assurer						
Une de ces personnes a-t-elle souffert ou souffre-t-elle de maladie (nature, époque, durée) ?						
1 - Des voies respiratoires ?						
2 - Du cœur ou de circulation ?						
3 - De l'appareil digestif ou du foie ?						
4 - De l'appareil urinaire ou génital (organes féminins notamment)						
5 - Des os ou des articulations (y compris les rhumatismes)						
6 - Du système nerveux						
7 - Des organes des sens						
8 - De toute autre maladie ne rentrant pas dans la classification ci-dessus, par exemple : peau, glandes endocrines diabète, maladie infectieuses, etc...						
9 - Subi une opération ?						
10- Eté victime d'un accident ?						
11 - Fait un séjour dans un sanatorium, un hôpital psychiatrique ou un autre établissement de soins						
12 - Fait une cure thermale						
13 - Une de ces personnes souffre-t-elle : (Nature)						
13.1 D'une maladie congénitale ? Chronique ?						
13.2 D'une infirmité ?						

Décision du Médecin Conseil

Décision :

Médecin :

Date décision :

Commentaire :

.....
.....
.....
.....

Cachet & Signature :

Décision de la Mutuelle des Agents des Douanes Tunisiennes

Décision :

Médecin :

Date décision :

Commentaire :

.....
.....
.....
.....

Cachet & Signature :