



MUAFI

Mutuelle des Agents des Finances

Le bien être des travailleurs, notre priorité !

FICHE D'ADHESION

I. ADHERENT

Nom Prénom (s)

Date et lieu de naissance

Matricule Structure Ville

Téléphone Email

1

II. CONJOINT (ES)

Conjoint (e) 1	Conjoint (e) 2
Nom :	Nom :
Prénom (s) :	Prénom (s) :
Date et lieu de naissance :	Date et lieu de naissance
Téléphone/Email	Téléphone/Email

III. ENFANTS

Premier enfant	Deuxième enfant
Nom :	Nom :
Prénom (s) :	Prénom (s) :
Date et lieu de naissance :	Date et lieu de naissance

Troisième enfant

Nom :	Prénom (s)
Date et lieu de naissance :	

IV. PERSONNES A CHARGE SUPPLEMENTAIRES

Personne 1	Personne 2
Nom :	Nom :
Prénom (s) :	Prénom (s) :
Date et lieu de naissance :	Date et lieu de naissance
Téléphone/Email	Téléphone/Email

Le bien être des travailleurs, notre priorité !



MUAFI

Mutuelle des Agents des Finances

Le bien être des travailleurs, notre priorité !

V. MODE DE VERSEMENT DROIT D'ADHESION ET DES COTISATIONS

Les droits d'adhésion et cotisations sont prélevées à la source. Les droits d'adhésion sont prélevés une seule fois. Les cotisations sont prélevées trimestriellement¹.

Les droits à prestations ne sont ouverts que pour les adhérents à jour de leurs cotisations conformément au barème de santé. Les prestations seront effectives après l'accomplissement des obligations et sur la base de la transmission des documents soutenant les informations données.

2

VI. DÉCLARATION

Veuillez lire attentivement les déclarations suivantes et ne signer ci-dessous que si vous les comprenez et les acceptez.

- *Je déclare que toutes les informations fournies ci-dessus sont exactes et complètes, y compris celles rédigées par un tiers ;*
- *Je déclare qu'aucun élément n'a été omis, déformé ou formulé incorrectement. J'accepte que ce bulletin d'adhésion soit la base du contrat entre la MUAFI et moi-même, et je reconnais que toute déclaration fausse, incorrecte ou trompeuse ou l'omission de déclaration d'informations médicales matérielles peut rendre cette assurance nulle et non avenue.*
- *Je m'engage à informer immédiatement la MUAFI par écrit de tout changement concernant mon état de santé ou celui de mes ayants droit survenant après la signature du bulletin d'adhésion et avant la date de début des prestations.*
- *Je m'engage à informer la MUAFI de toutes maladies chroniques connues et de la moyenne annuelle de mes dépenses de santé sur les trois années précédent mon adhésion.*
- *J'autorise la MUAFI à contrôler, si nécessaire, les déclarations concernant mon état de santé et à contrôler auprès d'autres assureurs santé toutes les déclarations effectuées pour le compte de contrats antérieurs ou actuels.*
- *J'autorise la MUAFI ou tout autre personne habilitée par elle à procéder à la retenue à la source sur mes revenus les droits d'adhésion, les cotisations et toute autre contribution financière. Les droits d'adhésion, les cotisations et toute autre contribution financière retenues sont non remboursables.*
- *Sous réserve de restrictions légales, la MUAFI (ou ses conseillers médicaux, représentants désignés ou experts tiers en cas de litige) peut demander des informations médicales me concernant auprès des professionnels de la santé. Dans ces circonstances, j'autorise tous les praticiens, médecins, dentistes, membres des professions médicales et employés d'hôpitaux, d'autorités sanitaires et d'établissements médicaux à fournir les informations médicales pertinentes, sur demande. Cette autorisation vaut également pour mes ayants droit de moins de 18 ans et ceux qui ne sont pas en mesure de comprendre le sens de cette déclaration.*

Fait à , le

SIGNATURE précédée de la mention « LU ET APPROUVE »

¹ Droits d'adhésion : 10 000 FCFA

Cotisation : 10 000 FCFA/mois

Le bien être des travailleurs, notre priorité !