



## **FICHE D'ADHESION** **(Retraité)**

### **I. ADHERENT**

Nom ..... Prénom (s) .....  
Date et lieu de naissance .....  
Matricule ..... Dernier Service ..... Ville .....  
Téléphone ..... Email .....

### **II. CONJOINT (E)**

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**

Enfant 1	Enfant 2
Nom : .....	Nom : .....
Prénom (s) : .....	Prénom (s) : .....
Date et lieu de naissance :	Date et lieu de naissance

### **IV. MODE DE VERSEMENT DROIT D'ADHESION ET DES COTISATIONS**

Les droits d'adhésion et les frais de cotisation sont payés directement par l'adhérent<sup>1</sup>.

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

Les droits d'adhésion, les cotisations et toute autre contribution financière versés sont non remboursables.

<sup>1</sup> Droits d'adhésion : 10 000 FCFA

Cotisation pour retraités : trois pour cent (3%) de la pension annuelle sans être inférieure à trente mille (30 000) francs CFA par an

*Le bien être des travailleurs, notre priorité !*



# MUAFI

Mutuelle des Agents des Finances

*Le bien être des travailleurs, notre priorité !*

## V. 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-après 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 précédant 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.
- Je m'engage à verser mes droits d'adhésion de dix mille (10 000) FCFA et mes cotisations soient 3% de la pension annuelle sans être inférieures à trente mille (30 000) francs CFA pour la première année à l'adhésion.
- Je m'engage à verser mes cotisations pour les années suivantes à l'échéance de ma convenance ci-après<sup>2</sup> : une seule fois /...../, par trimestre/...../, par mois/...../
- Je m'engage à verser les contributions financières pour toute autre prestation de la MUAFI à laquelle j'aurai à souscrire.
- 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 » et du Nom et prénom(s)

<sup>2</sup> Cocher une des trois (03) cases

*Le bien être des travailleurs, notre priorité !*