



CRRAE-UMOA

Caisse de Retraite par Répartition Avec Epargne
de l'Union Monétaire Ouest Africaine

DEMANDE D'ATTESTATION D'ASSURANCE MALADIE

1. LE DEMANDEUR

NOM :

PRENOM (S) :

NOM DE JEUNE FILLE :

DATE ET LIEU DE NAISSANCE : SEXE :

NATIONALITE :

LIEU D'ACTIVITE AU DEPART A LA RETRAITE :

ADRESSE POSTALE PRIVEE :

E-MAIL :

TELEPHONE : TELEPHONE MOBILE:

RETRAITE(E) DE LA CRRAE-UMOA DEPUIS LE (1) :

REVESATAIRE(E) DE LA CRRAE-UMOA DEPUIS LE(1) :

2. COUVERTURE MEDICALE

DATE D'ADHESION AU FONDS D'ASSURANCE MALADIE :

GARANTIE SOUSCRITE: GARANTIE DE BASE

EVACUATION SANITAIRE

3. AUTRES RENSEIGNEMENTS

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

Fait à le

Signature