



**CRRAE-UMOA**

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

**BULLETIN D'ADHESION**  
**AU FONDS AUTONOME D'ASSURANCE MALADIE (FAAM)**  
**EXERCICE.....**

**I. DEMANDEUR**

Je soussigné(e).....  
Retraité (e) de la CRRAE depuis le <sup>(1)</sup> : .....  
Réversataire de la CRRAE depuis le <sup>(1)</sup> : .....  
Adhérent : .....  
Marque mon accord pour mon adhésion au Fonds Autonome d'Assurance Maladie (FAAM)  
pour compter du.....  
Adresse ..... Téléphone .....  
Email :.....  
Je déclare la liste de mes ayants droit à assurer :

**- Conjoint (es)**

Noms et Prénoms	Date de naissance
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....

**- Enfants (enfants de moins de 21 ans et étudiants de 21 à 25 ans inclus<sup>2</sup>)**

Noms et Prénoms	Date de naissance
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....

**II. PRIMES**

- ❖ **Garantie de base (obligatoire)**
  - Montant Prime Adulte de moins de 65 ans : **150 000 F CFA**
  - Montant Prime Adulte de plus de 65 ans : **185 000 F CFA**
  - Montant Prime Enfant : **75 000 F CFA**
  
- ❖ **Garantie « Evacuation Sanitaire » (facultative)**
  - Montant Surprime par Assuré : **137 000 F CFA**

<sup>1</sup> Rayer les mentions inutiles  
<sup>2</sup> Joindre un certificat de scolarité

### **III .OPTIONS RETENUES (cocher la case qui correspond à votre choix)**

#### **3.1 Pour moi-même (Demandeur) :**

Garantie de base (**obligatoire**)

- OUI  
 NON

Garantie « Evacuation Sanitaire » (**facultative**)

- OUI  
 NON

#### **3.2 Pour la conjointe (s) :**

Garantie de base (**obligatoire**)

- OUI  
 NON

Garantie « Evacuation Sanitaire » (**facultative**)

- OUI  
 NON

**Conjoint (es) : Noms et Prénoms**

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

#### **3.3 Pour les enfants :**

Garantie de base (**obligatoire**)

- OUI  
 NON

Garantie « Evacuation Sanitaire » (**facultative**)

- OUI  
 NON

**Enfant (s) : Noms et Prénoms**

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

### **III. ENGAGEMENT**

Par la présente, j'accepte de me soumettre aux Règles de Gestion du FAAM adoptées par le Conseil d'Administration de la CRRAE-UMOA, lors de sa 55ème session tenue à Dakar, le 27 décembre 2010 et toutes autres dispositions relatives au fonctionnement du FAAM.

J'opte pour le paiement par (**cocher la case qui correspond à votre choix**) :

- Chèque bancaire (joindre le chèque)  
 Prélèvement mensuel sur ma pension de retraite (ou de réversion).

Fait à....., le.....

**Signature**