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

DEMANDE D'ATTESTATION D'ASSURANCE MALADIE

I. DEMANDEUR

NOM: ……..…PRENOM (S):……...……...

NOM DE JEUNE FILLE:……..……..……

DATE ET LIEU DE NAISSANCE : ……SEXE :……..……..……..

NATIONALITE : ……

ADHERENT :……

LIEU D'ACTIVITE AU DEPART A LA RETRAITE :……...……..

ADRESSE POSTALE PRIVEE:……..……

EMAIL:……

TELEPHONE : ……TELEPHONE MOBILE: ……

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

REVERSATAIRE(E) DE LA CRRAE-UMOA DEPUIS LE[1]:……

II. COUVERTURE MEDICALE

DATE D'ADHESION AU FONDS AUTONOME D'ASSURANCE MALADIE :…….

GARANTIE (S) SOUSCRITE (S) : ❑ GARANTIE DE BASE ❑ EVACUATION SANITAIRE

III.MOTIFS DE LA DEMANDE

……...…
……...
……...
……..…..

VI. AUTRES RENSEIGNEMENTS

……...…
……...…
……...
……....

Fait à…….. le ……

Signature

[1] : Rayer la mention inutile

Angle Boulevard Botreau Roussel - Rue privée CRRAE-UMOA • 01 BP 2056 Abidjan 01 - Côte d'Ivoire
Tel : (225) 20 25 95 00 • Fax : (225) 20 33 41 16 / 20 25 95 25 • Email : info@crrae.org • www.crrae.org