



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 ⁽¹⁾ :
Réversataire de la CRRAE depuis le ⁽¹⁾ :
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 inclus²)

| 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**

¹ Rayer les mentions inutiles

² 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