

## DEMANDE D'IMMATRICULATION / AFFILIATION A L'ASSURANCE VOLONTAIRE APPLICATION FOR THE REGISTRATION/AFFILIATION TO VOLUNTARY INSURANCE

Numéro dossier   
File number

Cadre réservé à la photo  
Reserved for photograph

Formulaire à remplir obligatoirement en MAJUSCULES, au stylo à bille noir ou bleu  
Form to be necessarily filled in CAPITAL LETTERS, with a black or blue ball-point

(1) M  Mme  Mlle   
Mr Mrs Miss

Nom/Name : \_\_\_\_\_

Prénoms/First names : \_\_\_\_\_

Date de naissance/Date of birth : \_\_\_\_\_ Sexe Féminin  Masculin

Lieu de naissance/Place of birth : \_\_\_\_\_ Sex Female  Male

Arrondissement/Subdivision : \_\_\_\_\_

Ville/Localité / Town/Locality : \_\_\_\_\_

Pays/Country : \_\_\_\_\_ Nationalité/Nationality : \_\_\_\_\_

### (1) SITUATION MATRIMONIALE / MARITAL STATUS

Marié(e)  Séparé(e)  Célibataire  Divorcé(e)  Veuf (ve)   
Married Separate Single Divorced Widow (er)

Nombre d'enfants à charge  (Voir liste sur imprimé en annexe)  
Number of dependent children (See attached list)

Type pièce d'identité/Type of ID document \_\_\_\_\_

N° pièce d'identité/Number of ID document : \_\_\_\_\_ Du/Of \_\_\_\_\_ à/at \_\_\_\_\_

Pays de résidence/Country of residence : \_\_\_\_\_ Ville de résidence/Town of residence \_\_\_\_\_

Quartier/Neighbourhood : \_\_\_\_\_ Boîte postale/Postal box : \_\_\_\_\_

Tél./Phone : \_\_\_\_\_ Fax : \_\_\_\_\_ E-mail : \_\_\_\_\_

Activité/Activity : \_\_\_\_\_

### (1) STATUT ANTERIEUR/FORMER STATUS

Ancien travailleur fonctionnaire  Ancien travailleur Autres régimes  Nouvel assuré volontaire CNPS   
Former worker Former worker Other schemes New voluntary insured  
civil servant

MATRICULE CNPS / CNPS Registration Number : \_\_\_\_\_

## INFORMATIONS SUR LES ASCENDANTS/INFORMATION ON ASCENDANTS

Père/Father : \_\_\_\_\_

Né le/Born on : \_\_\_\_\_ à/At : \_\_\_\_\_ Arrondissement/Subdivision : \_\_\_\_\_

(1) Décédé  Oui  Non  Date de décès/Died on : \_\_\_\_\_  
Dead Yes No

Mère/Mother : \_\_\_\_\_

Née le/Born on : \_\_\_\_\_ à/At : \_\_\_\_\_ Arrondissement/Subdivision : \_\_\_\_\_

(1) Décédée  Oui  Non  Date de décès/Died on : \_\_\_\_\_  
Dead Yes No

## INFORMATIONS SUR LE(S) CONJOINT(S)/INFORMATION ON SPOUSE(S)

NOMBRE DE CONJOINTS   
Number of spouse(s)  
(Voir liste sur imprimé en annexe)  
(See attached lists)

DATE DE PRISE D'EFFET DE L'AFFILIATION : \_\_\_\_\_  
Date of entry into effect

(1) Cocher la ou les cases correspondantes Voir règles de gestion  
Tick the corresponding box(es) see management rules