

**ASSURANCE DE PREVOYANCE SOCIAL**

POLICES N° H0990527/ASSURANCE DECES-INVALIDITE  
V0990528/ASSURANCE MALADIE-MATERNITE

**CONTRACTANT : LA CHAMBRE DES CONSEILLERS**

**FICHE DE DECLARATION**

Je soussigné

Nom : .....  
Prénom : .....  
Date et lieu de Naissance : .....  
Profession : .....  
Adresse : .....  
Tél. : .....

Je demande mon adhésion à l'assurance de prévoyance sociale/Décès Invalidité et Maladie-Maternité pour moi même ainsi que pour :

**Mon conjoint (s) :**

Nom : .....  
Prénom : .....  
Date de Naissance : .....

**Et pour mes enfants :**

Nom et prénom :	Date de Naissance :
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....

J'autorise la Caisse de Retraite des Parlementaires (**Conseillers Retraités**) à prélever automatiquement et mensuellement 1/12 de la prime annuelle correspondant à l'assurance Décès Invalidité et Maladie Maternité due pour moi même, mon conjoint (S) et mes enfants à charge.

Ce prélèvement sera effectué jusqu'au 31 Décembre de l'année en cours et se renouvellera par la suite, par tacite reconduction, le 1<sup>er</sup> janvier de chaque année sauf en cas de changement notifié à la C.N.I.A avant le 1<sup>er</sup> Octobre de chaque exercice.

- Date d'effet : ..... **Signature** **Avis de la Chambre**  
- Décès : .....  
- Maladie : .....  
- Total : .....

**Fait à Rabat le : .....**