



**MEDIC - ALLIANCE**

## Agents et Fonctionnaires de l'Administration Publique Demande de souscription Garantie Maladie

### Fiche du fonctionnaire

Matricule : .....

\*  = *Cochez la case appropriée, svp*

\*  Monsieur  Madame  Mademoiselle ..... Nom : .....

Post-nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance : / / Lieu de naissance : ..... Nationalité : .....

\* Sexe :  M  F \* État-civil :  Célibataire  Marié  Veuf  Divorcé. Nombre d'enfants : .....

Adresse complète : .....

Ville : ..... Commune : .....

Téléphones : ..... E-mail : .....

Département ministériel : ..... Catégorie/classe .....

### TABLEAU DES AYANTS DROITS :

	LIEN DE L'AYANT DROIT	NOM	POSTNOM	PRÉNOM	DATE ET LIEU DE NAISSANCE	ADRESSE COMPLÈTE
1						
2						
3						
4						
5						

*Je certifie sur mon honneur que les renseignements ci-dessus sont sincères et vrais.*

Date : .....

*Lu et approuvé,*

Signature :



BAC – BUREAU D'ASSURANCES DU CONGO SARL

Adresse : avenue Chef Katanga n°70, Lubumbashi, Province du Haut-Katanga, RDC

Téléphone : +243 822 920 003 - E-mail : info@bac-rdc.com - Site web : www.bac-rdc.com

RCCM/17-B-4935