



BULLETIN D'ADHESION AU FOND SANTE DES RETRAITES

N° Adhérent du retraité

N° Adhérent du Conjoint N°1

N° Adhérent du Conjoint N°2

N° Adhérent du Conjoint N°3

N° Adhérent du Conjoint N°4

I. DEMANDEUR

Je soussigné(e)
 né(e) le à
 Retraité(e) de la BEAC depuis le :
 Lieu de résidence N° CRBC :
 Adresse
 Téléphone /
 Email :

Marque mon accord pour mon adhésion au Fonds Santé des Retraités (FSR)¹.

Je déclare ci-dessous la liste de mon/mes conjoint (s) à assurer² :

Noms et prénoms du (des) Conjoint (es)	Date de Naissance

II. ENGAGEMENT

Par la présente, j'accepte de me soumettre au Règlement du Fonds Santé des Retraités et toutes autres dispositions relatives au fonctionnement du FSR adoptées par la CRBC.

J'autorise la CRBC à prélever ma contribution au FSR ainsi que celle de mon/mes conjoint/conjoints sur ma pension de retraite.

Fait à....., le...../...../

Signature du retraité précédée de la mention
manuscrite « lu et approuvé »

Signature du Gestionnaire de la CRBC

¹ Pour le retraité, joindre : 2 photos d'identité et une copie de la pièce d'identité

² Pour chaque conjoint, joindre : les copies certifiées conformes de l'acte de naissance, de l'acte de mariage et de la pièce d'identité, 2 photos d'identité, un certificat de vie.