

Identifiant Assuré: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | (réservé à la CMIM)

L'entreprise :

N° D'ADHESION* : | | | | | | | | RAISSON SOCIALE :

La veuve /veuf:

Matricule VEUVE : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Matricule ASSURE: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

NOM PATRONYMIQUE* (de naissance) :

NOM MARITAL (d'épouse) : PRENOM* :

N° CIN* : | | | | | | | | | | N° CNSS : | | | | | | | | | | DATE DE NAISSANCE* : | | | | | | | | | | SEXE* : M F
(Pour les expatriés, renseigner votre n° de passeport)

NATIONALITE* : SITUATION DE FAMILLE : C M D V

ADRESSE PERSONNELLE ACTUELLE :

VILLE : CODE POSTAL : | | | | | |

TELEPHONE FIXE: | | | | | | | | | | MOBILE : | | | | | | | | | | EMAIL :

N° COMPTE (RIB) : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | BANQUE :

DATE DECES DE L'ASSURE* : | | | | | | | | | |

* Champs obligatoires

Les ayants droit :

| Nom * | Prénom * | Lien de parenté* | N° CIN * (pour les majeurs) | N° CNSS / N° CNOPS | Date de naissance * | Nationalité* | Sexe* (M/F) |
|-------|----------|------------------|--------------------------------|-----------------------|---------------------|--------------|----------------|
| | | | ----- | ----- | --/--/---- | | |
| | | | ----- | ----- | --/--/---- | | |
| | | | ----- | ----- | --/--/---- | | |
| | | | ----- | ----- | --/--/---- | | |
| | | | ----- | ----- | --/--/---- | | |
| | | | ----- | ----- | --/--/---- | | |
| | | | ----- | ----- | --/--/---- | | |
| | | | ----- | ----- | --/--/---- | | |

* Champs obligatoires

Fait à..... le : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Signature du salarié(e)

Signature et cachet de l'employeur

Les données collectées par la CMIM sont nécessaires à la Gestion des adhésions et la gestion d'indemnisation du Décès, Invalidité et incapacité. Tous les champs sont obligatoires, à défaut nous ne pourrions traiter votre demande.
Peuvent seuls, dans la limite de leurs attributions respectives, être destinataires de ces informations : le personnel de la CMIM, le souscripteur, l'affilié, les bénéficiaires du capital décès, les organes de réglementation du secteur et le dispositif de contrôle externe,
Conformément à la loi n°09-08, vous pouvez accéder aux informations vous concernant, les rectifier ou vous opposer au traitement de vos données pour motif légitime, par courrier avec accusé de réception à l'adresse suivante : CMIM, service audit interne, 36 bd d'anfa, 20000-CASABLANCA.
Ce traitement a reçu récépissé de la commission nationale de contrôle de la protection des données à caractère personnel, sous les numéros A-162/2013 et A-164/2013 respectivement en date du 12/06/2013.

Bénéficiaires et pièces à joindre :

| L'assuré | Pièces à joindre |
|-------------------|--|
| Vous-même (Veuve) | <ul style="list-style-type: none">✦ 1 photocopie CIN✦ 2 photos identité participant petit format✦ 1 Spécimen de chèque✦ Acte décès de l'assuré |
| Les ayants droit | Pièces à joindre |
| L'enfant | <ul style="list-style-type: none">✦ 2 photos identité petit format✦ 1 certificat de naissance pour les nouveaux nés✦ 1 extrait de naissance par enfant✦ 1 certificat de scolarité des enfants âgés de plus de 16 ans |
| L'enfant invalide | <ul style="list-style-type: none">✦ 2 photos identité petit format✦ 1 extrait de naissance✦ 1 copie de la pension CNSS✦ 1 certificat de la maladie homologué par le ministère de santé publique✦ 1 certificat de célibat pour les enfants âgés de plus de 20 ans |
| L'enfant adoptif | <ul style="list-style-type: none">✦ 2 photos identité petit format✦ 1 extrait de naissance✦ 1 copie de l'acte du jugement d'adoption✦ 1 certificat de vie individuel |