

DEMANDE D'ADHÉSION AUX GARANTIES OPTIONNELLES

ANTRAG AUF OPTIONALE GARANTIEN

PRESTAPLUS  **DENTA & OPTIPLUS** 

Mme / Frau **M. / Herr**

Nom / Name _____

Prénom / Vorname _____

N° et rue / Nr. und Straße _____

Code postal / Postleitzahl _____ **Localité / Ort** _____

Pays / Land _____

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Date de naissance / Geburtsdatum

N° téléphone / Telefonnummer _____

E-mail _____

Etat civil **célibataire / ledig** **marié(e) / verheiratet**
Familienverhältnis **divorcé(e) / geschieden** **séparé(e) / getrennt**
 partenaire / Partner(in) **veuf(ve) / Witwe(r)**

N° d'affiliation _____
Mitgliedschaftsnummer

No matricule Sécurité Sociale / Sozialversicherthenummer

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Fait à / Ausgestellt in _____

le / den _____

Signature / Unterschrift

CMCM

ÄR GESONDHEETSMUTUELLE
ZANTER 1956



Do, wann Dir eis braucht.