

Bulletin individuel d'adhésion

Nouvelle adhésion ☐ Modification ☐ Renouvellement ☐

Bulletin d'adhésion N°

Adhérent ☐ M ☐ Mme ☐ Mlle

Nom :Prénom (s) :

Adresse :

Date de naissance : Lieu de naissance : CIN N°

Situation de famille : Célibataire ☐ Marié(e) ☐ Divorcé(e) ☐ Veuf (ve) ☐

Nombre d'enfants :

Profession : Artiste dramatique – Artiste lyrique – Artiste populaire – Artiste plasticien – Photographe d'art – Chorégraphe – Auteur – Cinéaste – Artiste de l'audiovisuel – Technicien lié aux métiers de l'art et de la culture – Employé lié aux métiers de l'art et de la culture.

Employeur (s'il y a lieu) :

Vous êtes adhérent(e) dans un corps professionnel?lequel ?.....

Personnes à charge	Nom et prénom (s)	Date de Naissance	Sexe
Conjoint (s)			
Enfant(s)			

Je certifie exactes, complètes et sincères les déclarations et réponses ci-dessus, sachant que toute omission volontaire, dissimulation, indication fausse ou incomplète entraîne la nullité des garanties.

Réservé à la M.N.A.

Fait àle.....

Signature de l'adhérent

Précédée de la mention « lu et approuvé »

Questionnaire médical (à remplir par l'adhérent)(e)

Adhérent		Conjoint(e)
	1) Etes-vous bénéficiaire d'un régime de prévoyance public ou privé, assurant des indemnités en cas de maladie, d'accident, d'hospitalisation ou d'intervention chirurgicale ? Lequel ?	
	2) Etes-vous actuellement assuré(e) en maladie auprès d'une compagnie d'assurance ? Laquelle ?	
	3) Avez-vous été assuré(e) par le passé en maladie auprès d'une compagnie d'assurance ? Laquelle ? A quelle date ?	
.....Cm.....Kg	4) Indiquez votre taille et votre poids.	Cm.....Kg
	5) Etes vous en arrêt de travail ? Depuis quand ? Pourquoi ?	
	6) Avez-vous consulté un médecin durant les 3 dernières années ? Pourquoi ?	
	7) Indiquez également toute maladie grave dont vous avez été atteint(e), quelle qu'en soit la date. Si vous avez été opéré(e), indiquez la nature de l'opération et la date.	
	8) Etes-vous atteint(e) d'une infirmité ou d'une maladie chronique ou héréditaire ? Laquelle ? Depuis quelle date ?	
	9) Devez vous suivre un traitement médical ou subir une intervention chirurgicale ? De quelle nature ?	
	10) Etes vous titulaire d'une pension d'invalidité ? A quel titre ? A quel taux ?	
	11) Pour les femmes : Etes-vous en état de grossesse ? De combien de mois ?	
	12) Quelle est la profession de votre conjoint ?	
	13) Indiquez si certains de vos enfants souffrent d'une infirmité ou d'une maladie grave ou chronique	
	14) Quelles maladies ont-ils eu jusqu'à présent ? Indiquez la nature et la date.	
	15) Parmi vos parents, y en a-t'il qui souffrent d'une maladie grave ou chronique ?	
	16) Quelles maladies ont-ils eu jusqu'à présent ? Indiquez la nature et la date.	

Je certifie exactes, complètes et sincères les déclarations et réponses ci-dessus, sachant que toute omission volontaire, dissimulation, indication fausse ou incomplète entraine la nullité des garanties.

Signature :