CAISSE NATIONALE D'ASSURANCE MALADIE UNIVERSELLE (CNAMU)

BURKINA FASO
Unité-Progrès-Justice

FORMULAIRE D'IMMATRICULATION DE L'ASSURÉ

Code : 2024-01-2

RÉSERVÉ A LA CNAMU

Site d'immatriculation : .....

Code agent : N° |__|__|__|__|__| **Code superviseur :** N° |__|__|__|__|__|

Date d'immatriculation : |__|__| |__|__| |__|__|__|__| **N° Immatriculation :** |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

I. IDENTITÉ DE L'ASSURÉ

Catégorie d'assuré[1] :

Assuré cotisant travailleur |__| Assuré cotisant non travailleur |__| Assuré membre de la famille à charge |__|

Nom : ..... **Nom de jeune fille :** .....

Prénom (s) : .....

Date de naissance : |__|__| |__|__| |__|__|__|__| **Lieu de naissance :** .....

Date d'embauche[2] : |__|__| |__|__| |__|__|__|__| **Nationalité :** ..... **Sexe :** M |__| F |__|

Nom et Prénom (s) du père : .....

Nom et Prénom (s) de la mère : .....

Groupe sanguin : A^+ |__| A^- |__| B^+ |__| B^- |__| AB^+ |__| AB^- |__| O^+ |__| O^- |__|

Situation matrimoniale[3] : Célibataire |__| Marié (e) |__| Divorcé (e) |__| Veuf (ve) |__|

Réf.Extrait/Jugement supplétif d'acte de naissance : N°|__|__|__|__|__|__|__| du |__|__| |__|__| |__|__|__|__|

Type de document d'identification : CNI |__| Passeport |__| Carte consulaire |__|

Réf. N° |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| du |__|__| |__|__| |__|__|__|__| au |__|__| |__|__| |__|__|__|__|

Autorité de délivrance : .....

N° NIP CNIB[4] : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| **N° Mle[5] :** |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Téléphone : (+226) |__|__|__|__|__|__|__|__| **Email :** .....

(1) Cocher la case correspondante
(2) Uniquement pour les agents publics et les travailleurs salariés
(3) Cocher la case correspondante
(4) Uniquement pour les assurés burkinabè
(5) Assuré ayant un numéro matricule (public ou privé) ou tout autre code externe

II. PERSONNE À PRÉVENIR EN CAS DE BESOIN

Nom et Prénom (s) : .....

Téléphone : (+226) |__|__|__|__|__|__|__|__|

III. SITUATION GÉOGRAPHIQUE

Région : ..... **Province :** .....

Département/Commune : ..... **Arrondissement :** |__|__| **Secteur :** |__|__|

Village : ..... **Adresse :** .....

IV. STATUT DE L'ASSURÉ

Type d'assuré[6] :

Agent public	|__|	Bénéficiaire de la pension	|__|
Travailleur salarié et assimilé	|__|	Bénéficiaire de la rente	|__|
Travailleur indépendant du secteur formel	|__|	Membre de la famille à charge	|__|
Travailleur indépendant de l'économie informelle	|__|	Personne indigente	|__|

Emploi[7] : ..... **Profession[8] :** .....

V. INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES

Nom et Prénom (s)/Dénomination sociale : .....

N° Affiliation : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

N° d'immatriculation de l'assuré cotisant : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Lien avec l'assuré cotisant : .....

Preuve du lien avec l'assuré cotisant : .....

Je certifie sur l'honneur l'exactitude des informations ci-dessus mentionnées et l'authenticité des documents fournis

(Signature de l'assuré)

Fait à _____, le |__|__| |__|__| |__|__|__|__|

_____

(6) Cocher le type d'assuré correspondant
(7) Saisir l'emploi de l'agent public ou du travailleur salarié
(8) Saisir la profession du travailleur indépendant du secteur formel ou de l'économie informelle

CAISSE NATIONALE D'ASSURANCE MALADIE UNIVERSELLE
CNAMU
Directeur Général
(DG)