



OFFICE NATIONAL D'ASSURANCE VIEILLESSE ONA DIASPORA

FORMULAIRE DE DEMANDE D'ASSURANCE VOLONTAIRE

PHOTO
RECENTE

Informations personnelles de l'assuré(e)

Nom:		Prénom:		Date de naissance:(jj/mm/aaa) / /	
Pays de naissance:		Pays de résidence:		Sexe: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
Département (Pays d'origine)		Etat (Pays de résidence)		Etat civil:	
Adresse Pays de résidence (si applicable):				<input type="checkbox"/> Celibataire <input type="checkbox"/> Marié (e) <input type="checkbox"/> Divorcé (e) <input type="checkbox"/> Veuf (ve) <input type="checkbox"/> Union libre <input type="checkbox"/> Sépré (e)	
Adresse Pays d'origine:				Régime matrimonial:	
				<input type="checkbox"/> Communauté <input type="checkbox"/> Séparation	
CIN:	NIF:	No de Passport:	Profession:		
E-mail:		Telephone 1:		Telephone 2:	

Informations sur les parents et le/la conjoint (e)

Nom et Prénom du père		Date de Naissance (jj/mm/aa) / /	Père décédé Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Si oui, date de décès / /
Nom et Prénom de la mère		Date de Naissance (jj/mm/aa) / /	Mère décédée Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Si oui, date de décès / /
Prénom et nom du conjoint (si applicable)				Date de naissance du conjoint / /
Profession du conjoint		Nationalité du conjoint	Adresse e-mail du conjoint	
CIN du conjoint		Nom de l'employeur du conjoint		
Adresse de l'employeur du conjoint			Téléphone(s) de l'employeur du conjoint	

Niveau d'études

Non alphabétisé
 Alphabétisé
 Primaire
 Secondaire
 Technique
 Universitaire
 Post-Universitaire

Historique de travail

Employeur actuel	Date d'entrée	Date 1er versement à l'ONA	Salaire actuel:
1.	/ /	/ /	
2.	/ /	/ /	
Enumérez les établissements de travail où vous avez cotisé à l'ONA Historique des emplois antérieurs		Date d'entrée jj/mm/aaa	Date de Départ jj/mm/aaa
1.	/ /	/ /	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
2.	/ /	/ /	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
3.	/ /	/ /	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
4.	/ /	/ /	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

INFORMATIONS SUR LES ENFANTS.

Nom et Prénom des enfants (moins de 18 ans)	Sexe	Date de naissance jj/mm/aaaa
1.	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	/ /
2.	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	/ /
3.	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	/ /
4.	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	/ /
5.	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	/ /

PERSONNES DE REFERENCE.

Nom et Prénom	Téléphone	Adresse
1.		
2.		

Avez-vous déjà le livret ou la carte d'assurance de l'ONA Oui: Non:

Si oui, inscrivez le numéro du livret ou de la carte.....

Je déclare que toutes les informations fournies dans le présent formulaire sont vraies et exactes. Je déclare également, avoir lu tous les termes, toutes les clauses et conditions du formulaire d'adhésion et y adhérer sans aucune réserve.

Signature de l'assuré (e) _____ Date

RESERVEE A L'ONA

ONA DIASPORA	Date de la demande :	Reçu par :
SERVICE SOCIAL	Reçu par :	Contrôlé par.....
	Vérfifié par :	Code de l'assuré.....
	En date du :	

SERVICE CAISSE No Récépissé..... En date du.....

SERVICE DES ARCHIVES		No. d'Immatriculation :		
	Entreprises	1er mois payé	Salaire initial	Visa
1				
2				
3				
4				
5				

Préparé par _____ Date _____ Corrigé par _____ Date

Correction :