



FORMULAIRE D'INSCRIPTION à l'a.s.b.l. S.N.M.

Je suis militaire en service actif (1) ☐

En temps que militaire en retraite - veu(f)(ve) -réserviste
(1) je désire m'affilier comme ☐ **P**

Nom / Prénom

Domicile légal

Rue - N° - Code Postal - Commune - Pays

Numéro(s) de Téléphone

Fixe personnel et / ou bureau

GSM

Date de naissance

Lieu

Grade (5)

Numéro de matricule (5)

Unité

Adresse de
l'unité

Je désire aussi affilier
mon partenaire

OUI

NON

Nom - Prénom - Date de naissance

Les enfants vivant sous le même toit et à charge sont au
nombre de : (4)

Le(s) bénéficiaire(s) pour l'assurance décès est / sont : (3)

Fait à

Le

Signature du partenaire en
cas d'affiliation !!

Signature du
membre

(1) Placez une croix visible à l'endroit voulu

(2) Biffer les mentions inutiles

(3) Vous pouvez mentionner : "mon épouse", "mes héritiers légaux", etc. Si vous mettez le nom d'une personne, ajoutez également : date et lieu de naissance et l'adresse actuelle de cette personne

(4) Veuillez joindre une liste en annexe de ce formulaire

(5) Les pensionnés sont priés de mentionner leur dernier grade et leur numéro de matricule d'active

