

Questionnaire médical simplifié



Adhésion⁽¹⁾ Modification numéro d'adhésion⁽¹⁾

DANS QUEL CAS DEVEZ-VOUS COMPLÉTER CE QUESTIONNAIRE ?

- Si vous êtes présents aux effectifs de Pôle emploi au 1^{er} janvier 2017 et n'avez pas adhéré au régime facultatif dépendance au 30 juin 2017,
- Si vous adhérez au-delà des six mois qui suivent votre embauche à Pôle Emploi,
- Si votre contrat de travail est suspendu pour raisons de santé

A COMPLÉTER PAR L'INTÉRESSÉ

Vous êtes ⁽¹⁾ : Agent de Pôle emploi en activité En suspension de contrat de travail

M^{me} M.

Nom

Prénoms

Nom de naissance

Date de naissance JJMMAAAA Département de naissance

Lieu de naissance

Numéro de Sécurité sociale

Adresse

Code postal Ville

E-mail

Téléphone fixe Téléphone portable

Etablissement Pôle emploi dont vous dépendez Code

Date de dernière embauche JJMMAAAA

(1) Cocher la case correspondante



