

VOTRE IDENTITÉ – assuré

	Assuré	Votre conjoint
Nom / Prénom :	NOM PRÉNOM	NOM PRÉNOM
Téléphone / E-mail :	TÉLÉPHONE - E-MAIL	TÉLÉPHONE - E-MAIL
Date et lieu de naissance :	DATE ET LIEU DE NAISSANCE	DATE ET LIEU DE NAISSANCE
Situation familiale :	MARIÉ(E), DIVORCÉ(E), PACSÉ(E)	MARIÉ(E), DIVORCÉ(E), PACSÉ(E)
Statut / profession :	STATUT / PROFESSION	STATUT / PROFESSION
CP / Ville :	CODE POSTAL / VILLE	CODE POSTAL / VILLE

AUTRES INFORMATIONS – À remplir uniquement si ADP ou prévoyance

	Assuré	Votre conjoint
Fumeur :	OUI / NON	OUI / NON
Déplacements professionnels :	OUI / NON – NOMBRE DE KM / AN	OUI / NON – NOMBRE DE KM / AN
Travaux manuels dangereux :	OUI / NON	OUI / NON
Sports pratiqués :	SPORTS PRATIQUÉS	SPORTS PRATIQUÉS

ASSURER VOTRE FAMILLE

Conjoint :	NOM PRÉNOM	DATE DE NAISSANCE
Enfant 1 :	NOM PRÉNOM	DATE DE NAISSANCE
Enfant 2 :	NOM PRÉNOM	DATE DE NAISSANCE
Enfant 3 :	NOM PRÉNOM	DATE DE NAISSANCE
Enfant 4 :	NOM PRÉNOM	DATE DE NAISSANCE
Enfant 5 :	NOM PRÉNOM	DATE DE NAISSANCE

PACK FRANCE

Garanties

Dias protection famille	Capital Décès	MONTANT
Dias obsèques	Capital Obsèques	MONTANT
	Option : Dias rapatriement obsèques	OUI / NON
Dias santé	OUI / NON	
Dias accident de la vie	OUI / NON	
Dias dépendance	OUI / NON	RENTE*
Dias épargne	CAPITAL AU TERME	

PACK AFRIQUE

Dias obsèques	NOMBRE DE PERSONNES À ASSURER	MONTANT
Dias santé	NOMBRE DE PERSONNES À ASSURER	MONTANT
Dias évacuation sanitaire	OUI / NON	