

**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                     |         |