

**DEMANDE DE SOUSCRIPTION
ASSURANCE ACCIDENT DE LA VIE**

Nom : _____

Prénom : _____

Adresse : _____

Code Postal : _____

Ville : _____

Mail : _____

Mobile : _____

**TARIF MENSUEL
SELON TAUX INVALIDITE PARTIELLE**

| | SEUL | FAMILLE | SEUL 66-77 ANS | FAMILLE 66-77 ANS |
|------|------|---------|-------------------|----------------------|
| 5 % | 8,79 | 16,79 | 11,20 | 21,60 |
| 30 % | 5,59 | 20,40 | 7,19 | 13,58 |

DATE _____

SIGNATURE _____

**DEMANDE DE SOUSCRIPTION
ASSURANCE ACCIDENTS DE LA VIE**

Nom : _____

Prénom : _____

Adresse : _____

Code Postal : _____

Ville : _____

Mail : _____

Mobile : _____

**TARIF MENSUEL
SELON TAUX INVALIDITE PARTIELLE**

| | SEUL | FAMILLE | SEUL 66-77 ANS | FAMILLE 66-77 ANS |
|------|------|---------|-------------------|----------------------|
| 5 % | 8,79 | 16,79 | 11,20 | 21,60 |
| 30 % | 5,59 | 20,40 | 7,19 | 13,58 |

DATE _____

SIGNATURE _____