

**A envoyer à : AXA – Renée ZADOK
14 rue des Sablons
75116 PARIS**



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

Nom : _____

Prénom : _____

Adresse : _____

Code Postal : _____ Ville : _____

Mobile : _____ Adresse mail : _____

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