

Affiliation

Renouvellement

Civilité : Madame Monsieur

Nom : Prénom :

Date de naissance : _/~/____ A :

Adresse :

Code Postal : Ville :

Tél . fixe : _____ Tél . portable : _____

Mél :@..... Lieu d'inhumation :

Pour un **CONTRAT FAMILLE**, merci de remplir les champs ci-dessous :

Epoux, épouse :	Né(e) le :/...../.....	Sexe : M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
Enfant :	Né(e) le :/...../.....	Sexe : M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
Enfant :	Né(e) le :/...../.....	Sexe : M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
Enfant :	Né(e) le :/...../.....	Sexe : M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
Enfant :	Né(e) le :/...../.....	Sexe : M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>

Je souscris à la formule suivante : merci de cocher la case correspondante à la formule choisie

CONTRAT INDIVIDUEL		
TRANCHES D'ÂGE	<input type="checkbox"/> 1er Affiliation	<input type="checkbox"/> Renouvellement
18 – 30 ans	40€	36€
31 – 40 ans	80€	76€
41 – 69 ans	100€	76€
70 ans et +	 	94€

CONTRAT FAMILLE		
TRANCHES D'ÂGE	<input type="checkbox"/> 1er Affiliation	<input type="checkbox"/> Renouvellement
18 – 30 ans	98€	97€
31 – 40 ans	100€	97€
41 – 69 ans	150€	97€
70 ans et +	 	120€

Date :
Signature avec la mention : « Lu et approuvé »

TOUT DOSSIER INCOMPLET NE SERA PAS TRAITÉ
CE BULLETIN D'ADHESION NE SERA VALIDE QU'APRES L'ETABLISSEMENT DU CONTRAT AUPRES DE ALTERNATIVE ASSURANCE