**VOS COORDONNEES**

|  |  |
| --- | --- |
| **NOM** |  |
| **PRENOM** |  |
| **DATE DE NAISSANCE** |  |
| **ADRESSE** |  |
| **CODE POSTAL** |  |
| **LOCALITE** |  |
| **N° DE GSM** |  |

**ASSURE N° 1**

|  |  |
| --- | --- |
| **NOM** |  |
| **PRENOM** |  |
| **DATE DE NAISSANCE** |  |
| **SEXE** | H / F |
| **POIDS** |  |
| **TAILLE** |  |
| **FUMEUR** | OUI / NON |

**ASSURE N° 2**

|  |  |
| --- | --- |
| **NOM** |  |
| **PRENOM** |  |
| **DATE DE NAISSANCE** |  |
| **SEXE** | H / F |
| **POIDS** |  |
| **TAILLE** |  |
| **FUMEUR** | OUI / NON |

**ASSURE N° 3**

|  |  |
| --- | --- |
| **NOM** |  |
| **PRENOM** |  |
| **DATE DE NAISSANCE** |  |
| **SEXE** | H / F |
| **POIDS** |  |
| **TAILLE** |  |
| **FUMEUR** | OUI / NON |

**ASSURE N° 4**

|  |  |
| --- | --- |
| **NOM** |  |
| **PRENOM** |  |
| **DATE DE NAISSANCE** |  |
| **SEXE** | H / F |
| **POIDS** |  |
| **TAILLE** |  |
| **FUMEUR** | OUI / NON |

**GARANTIES SOUHAITEES**

|  |  |
| --- | --- |
| **FRAIS D’HOSPITALISATION UNIQUEMENT** | OUI / NON |
| **FRAIS AMBULATOIRES****HORS HOSPITALISATION** | OUI / NON |
| **AJOUTER SOINS DENTAIRES** | OUI / NON |