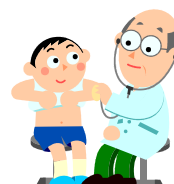




DEVIS ASSURANCE SANTE



Le souscripteur :

Déjà client auprès de notre agence : Oui Non

Titre : M. Mme Mle

Nom :

Adresse :

Téléphone :

Date de naissance :

Situation familiale : Marié Célibataire

Profession :

Prénom :

Code Postal :

Ville :

E-mail :

Nombre d'enfants à charge :

Les personnes à assurer:

	VOUS	CONJOINT	ENFANT 1	ENFANT 2	ENFANT 3
NOM	.....	.....	.....	.....	.....
PRENOM	.....	.....	.....	.....	.....
DATE DE NAISSANCE / / / / /
REGIME	<input type="checkbox"/> Régime général <input type="checkbox"/> Régime Alsace-Moselle <input type="checkbox"/> Frontalier Suisse	<input type="checkbox"/> Régime général <input type="checkbox"/> Régime Alsace-Moselle <input type="checkbox"/> Frontalier Suisse	<input type="checkbox"/> Régime général <input type="checkbox"/> Régime Alsace-Moselle <input type="checkbox"/> Frontalier Suisse	<input type="checkbox"/> Régime général <input type="checkbox"/> Régime Alsace-Moselle <input type="checkbox"/> Frontalier Suisse	<input type="checkbox"/> Régime général <input type="checkbox"/> Régime Alsace-Moselle <input type="checkbox"/> Frontalier Suisse

Les garanties (au choix):

- Formule 100 %
- Formule 125 %
- Formule 150 %
- Formule 200 %
- Formule 300 %

Mode de paiement :

- Annuel
- Semestriel
- Trimestriel
- Mensuel

Remarques :

.....

.....

.....