

NOM et Prénom :

Merci de remplir le tableau ci-dessous :

	1	2	3
Compagnie			
Montant actuel des garanties décès			
Montant actuel des garanties incapacité			
Rente invalidité (montant actuel)			
Objet de l'assurance*			
Durée			
Date de souscription	/ /	/ /	/ /

* Couverture d'emprunt, prévoyance familiale, couverture des droits de succession, ou autres couvertures décès

Fait à :

Le : / /

