

QUESTIONNAIRE ASSURANCE INDIVIDUELLE ACCIDENTS

SOUSCRIPTEUR

Raison sociale :

Adresse :

Activité(s) :

Téléphone :

Email :

Responsable :

PERSONNES A ASSURER & CAPITAUX

Nombre total de personnes :

- Personnes dénommés :
- Personnes non dénommées :

Capitaux souhaités par catégorie socioprofessionnelle.

1. Nombre de personnes :

Profession :

*Capitaux souhaités (1)**

DECES	INVALIDITE	FRAIS MEDICAUX

2. Nombre de personnes :

Profession :

Capitaux souhaités

DECES	INVALIDITE	FRAIS MEDICAUX

3. Nombre de personnes :

Profession :

Capitaux souhaités

DECES	INVALIDITE	FRAIS MEDICAUX

(1) : Le décès et l'invalidité peuvent être garantis ensemble ou séparément pour des capitaux égaux ou différents.*

Libreville, le