

## PRIVÉS : Demande de souscription Garantie Maladie

\*  = Cochez la case appropriée, svp

\* Formule choisie :  Familia  Solidaire  Alliance  Communautaire  Assistance

\*  Monsieur  Madame  Mademoiselle ..... Nom : .....

Post-nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance : / / Lieu de naissance : ..... Nationalité : .....

\* Sexe :  M  F \* État-civil :  Célibataire  Marié  Veuf  Divorcé. Nombre d'enfants : .....

Adresse complète : .....

Ville : ..... Commune : .....

Téléphones : ..... E-mail : .....

\* Statut social :  Salarié  Travailleur indépendant  Sans emploi  Étudiant Élève

### TABLEAU DES AYANTS DROITS :

	LIEN DE L'AYANT DROIT	NOM	POSTNOM	PRÉNOM	DATE ET LIEU DE NAISSANCE	ADRESSE COMPLÈTE
1						
2						
3						
4						
5						

*Je certifie sur mon honneur que les renseignements ci-dessus sont sincères et vrais.*

Date : .....

*Lu et approuvé,*

Signature :