

SOCIÉTÉS : Demande de souscription Garantie Maladie

Nom de la société : Nom du décideur :

Fiche du salarié

* = 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 :

TABLEAU DES AYANTS DROITS :

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

Signature du salarié

Pour la société :

Date :

Signature du décideur

Cachet de l'entreprise