

Agence: \_\_\_\_\_

Nom du Commercial: \_\_\_\_\_

**BULLETIN DE SOUSCRIPTION**

**IDENTIFICATION**

Nom \_\_\_\_\_  
 Prénoms \_\_\_\_\_  
 Date de Naissance \_\_\_\_\_  
 Lieu de Naissance \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_  
 Email \_\_\_\_\_  
 Téléphone Portable \_\_\_\_\_ Téléphone Fixe \_\_\_\_\_

**Numéro(s) de(s) compte(s)**  
 Numéro de compte Chèque \_\_\_\_\_  
 Numéro de compte Epargne \_\_\_\_\_

OPTIONS		Capital Minimum	Capital Maximum	Primes annuelle	X	Prime mensuelle
1		100 000	1 500 000	6 400		535
2		200 000	3 000 000	7 800		650
3		300 000	5 000 000	9 600		800

**PRIMES**

Prime annuelle \_\_\_\_\_  
 Prime mensuelle \_\_\_\_\_

**ANTECEDENT MEDICAUX** (à remplir si plus 50 ans)

	Oui	Non	Préciser
Votre taille			
Votre poids			
Votre tension			
Fumez vous?			
Avez-vous une infirmité			
Avez-vous une maladie infectieuse?			
Avez-vous à subir une opération chirurgicale dans les trois mois			
Avez-vous subit une opération chirurgicale dans les trois mois précédents			
Etes vous à votre connaissance en bonne santé?			

**BENEFICIAIRES**

Le compte Bancaire \_\_\_\_\_

Date de souscription \_\_\_\_\_

Signature client

Signature du gestionnaire

**Validation par BENEFICIAL**