

PROPOSITION D'ASSURANCE ADI – ASSURANCE-ACCIDENTS AVEC CAPITAL DÉCÈS ET INVALIDITÉ

1^{ère} personne

Prénom	N° d'assurance
Nom	Début souhaité de l'assurance (mois/année)
Rue/N°	Montant désiré de l'assurance conformément au tableau synoptique des primes
NPA/Localité	En cas de décès: CHF En cas d'invalidité: CHF
Téléphone	Cochez la case correspondante: Variante A (versement jusqu'à 225% du montant assuré «Invalidité») Variante B (versement jusqu'à 350% du montant assuré «Invalidité»)
Date de naissance	
Localité, Date	Signature (proposant/e, représentant/e légal/e)

Personnes supplémentaires (demandes)

Prénom	Montant désiré de l'assurance conformément au tableau synoptique des primes
Nom	En cas de décès: CHF En cas d'invalidité: CHF
Date de naissance	Cochez la case correspondante: Variante A (versement jusqu'à 225% du montant assuré «Invalidité») Variante B (versement jusqu'à 350% du montant assuré «Invalidité»)
Localité, Date	Signature (proposant/e, représentant/e légal/e)

Personnes supplémentaires (demandes)

Prénom	Montant désiré de l'assurance conformément au tableau synoptique des primes
Nom	En cas de décès: CHF En cas d'invalidité: CHF
Date de naissance	Cochez la case correspondante: Variante A (versement jusqu'à 225% du montant assuré «Invalidité») Variante B (versement jusqu'à 350% du montant assuré «Invalidité»)
Localité, Date	Signature (proposant/e, représentant/e légal/e)
