

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

## 1<sup>ère</sup> personne

---

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

## Personnes supplémentaires (demandes)

---

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

## Personnes supplémentaires (demandes)

---

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