**Bulletin de Souscription au contrat d’assistance**

**Forfait individuel**

Je soussigné(e) :

Nom : Prénom :

Date de naissance : Nationalité :

Adresse : Code Postale :

Ville : Profession :

|  |
| --- |
| Ville (préciser pays) où sera rapatrié le corps du conjoint en cas de décès (une seule ville) : ……………………… |