FORMULAIRE DE DECLARATION DE
L'ASSURANCE RETRAITE COMPLEMENTAIRE

Souscripteur : …….....

N° RNE : ……..

Adresse : ……

Assuré : …….

N°C.I.N **:** ……..…….……

Profession : …….……...

Adresse : ……...

Date de naissance de l'assuré …….

Durée du contrat : …….

Capital Minimum Garanti à l'Age Terme : …….

Age terme : 60 ans 65 ans

Prime d'assurance :…… constante croissante

Fractionnement : Trimestriel Semestriel Annuel

Bénéficiaire en cas de vie : l'assuré

Bénéficiaires en cas de décès de l'assuré : ……

Le souscripteur soussigné certifie que les réponses faites au présent formulaire de déclaration de Risque sont exactes et qu'il a répondu loyalement et avec précision aux questions posées et s'engage à déclarer les circonstances nouvelles intervenues en cours de contrat et rendant inexactes les déclarations figurant au présent formulaire

En conséquence, le présent formulaire doit en cas d'acceptation, être considéré comme base d'établissement du contrat. (ART 7 –Alinéa 2 du Code des Assurances)

La signature du présent questionnaire n'engage ni le souscripteur ni l'assuré à souscrire cette assurance.

FAIT A …… LE …….. SIGNATURE DU SOUSCRIPTEUR