



## Garanties santé « TNS »

Fiche de renseignements à compléter et signer pour l'établissement de votre contrat.

Civilité :  Madame  Monsieur

Nom : .....

Prénom : .....

Adresse personnelle : .....

Dénomination entreprise : .....

Secteur d'activité : .....

Adresse professionnelle : .....

Tél. : .....

SIREN : .....

Gamme choisie : .....

Date de prise d'effet des garanties souhaitée (jj/mm/aa) :     /     / .....

Mode et fréquence de paiement des cotisations : .....

**Prélèvements bancaires :**  Mensuels  Trimestriels  Annuel

**Virements bancaires :**  Trimestriels  Annuel

**Chèques :**  Trimestriels  Annuel

Fait à : .....

Le : .....

Signature :