

## Garanties santé « TNS »

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

Civilité :	■ Madame	□ Monsiour			
				Prénom:	
Nom : Prénom : Adresse personnelle :					
Dénomination entreprise :				secteur d'activité:	
Adresse professionnelle : , ,					
ſél.:				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 :		/ Trimes	/ Trimestriels / Annuel		
Chèques :		/ Trimes	/ Trimestriels / Annuel		
			Signature	:	
Le:					