

Prénom:

à retourner par mail avec les éléments s-nk@hotmail.fr

DEMANDE DE SOUSCRIPTION ASSURANCE ACCIDENT DE LA VIE

SIGNATURE _____

Y.	1
z	<
S	
Syndicat Na des Kinésiol	

à retourner par mail avec les éléments s-nk@hotmail.fr

DEMANDE DE SOUSCRIPTION ASSURANCE ACCIDENTS DE LA VIE

					Prénom :Adresse :																	
Adresse:																						
Code Postal :					Code Postal :																	
												Moh	ن مان					1 Idil 1				
												100	iic					Mobile:				
												TARIF MENSUEL SELON TAUX INVALIDITE PARTIELLE					TARIF MENSUEL SELON TAUX INVALIDITE PARTIELLE					
		SEUL	FAMILLE	SEUL 66-77 ANS	FAMILLE 66-77 ANS		05111		OF III	E484711.E												
-	5 %	8,79	16,79		21,60		SEUL	FAMILLE	SEUL 66-77 ANS	FAMILLE 66-77 ANS												
-	30 %	5,59	20,40	7,19	13,58	5 %	8,79	16,79	11,20	21,60												
L					·	30 %	5,59	20,40	7,19	13,58												
DAT	Е					DATE																
SIGNATURE					SIGNATURE																	