



# Formulaire de souscription assurance épargne

## « Integrale 786 »

(En cas de souscription, veuillez renvoyer ce formulaire complété et signé à l'une de nos adresses mentionnées ci-dessous.)

### Preneur d'assurance, assuré et bénéficiaire en cas de vie

Monsieur     Madame     Mademoiselle

Nom et prénom (nom de jeune fille pour les femmes mariées) :

.....

Date de naissance : .../.../.....    numéro de registre national : .....

Etat civil :     marié(e)     cohabitant(e) légal(e)     divorcé(e)     séparé(e)  
 veuf(ve)     célibataire

Adresse : ..... n° ..... bte : .....

Code postal : .....    Localité : .....

Tél privé : .....    professionnel : .....    GSM : .....

Adresse électronique : .....@.....

### Conjoint du preneur d'assurance ou son cohabitant légal

Nom et prénom (nom de jeune fille pour les femmes mariées) :

.....

Date de naissance : .../.../.....

### Bénéficiaire en cas de décès de l'assuré

le conjoint du preneur d'assurance ou son cohabitant légal  
 les enfants du preneur d'assurance, nés ou à naître, par parts égales, ou, par représentation, leurs descendants

Autre personne :

Nom et prénom (nom de jeune fille pour les femmes mariées) :

.....

Date de naissance : .../.../.....

Nom et prénom (nom de jeune fille pour les femmes mariées) :

.....

Date de naissance : .../.../.....

A défaut, les héritiers légaux du preneur d'assurance

*Merci de numéroter au moins deux cases (1, 2, 3, 4) afin d'indiquer l'ordre de priorité.*

*Ainsi, en indiquant [1] le conjoint [2] les enfants, le bénéficiaire prioritaire sera le conjoint. A défaut de conjoint, les enfants seront bénéficiaires à parts égales. On peut aussi indiquer [1] le conjoint, [2] monsieur Durant et [2] madame Dupont : monsieur Durant et madame Dupont seront bénéficiaires à parts égales à défaut de conjoint au moment du décès.*

### Montant de l'investissement

Montant brut (minimum conseillé : 1.000,00 €) : ..... € (y compris la taxe de 1,1 %)

Dont partie provenant du remplacement d'un capital disponible auprès d'Integrale : .....

D'où un solde faisant l'objet d'un versement par le preneur de : .....

Date probable de l'investissement : .....

Fait à ..... , le .....

Signature du candidat preneur d'assurance : .....

*La signature de ce document ne fait pas courir la couverture. Si Integrale ne donne pas suite à cette proposition dans les 30 jours, elle a l'obligation de conclure le contrat si telle est la volonté du candidat preneur.*

*Le candidat preneur d'assurance joindra une copie recto-verso de sa carte d'identité en vue de la souscription du contrat.*

Vos données personnelles sont enregistrées dans un fichier tenu de manière confidentielle par Integrale. Elles sont destinées à l'appréciation du risque d'assurance et permettent la gestion du contrat ainsi que paiement des prestations. Vous avez un droit d'accès et de rectification des données.

Integrale cca | gvk

Entreprise agréée sous le code n° 1530 | Onderneming toegelaten onder het codenr 1530

Liège 4000  
Bruxelles | Brussel 1200  
Antwerpen 2018  
[www.integrale.be](http://www.integrale.be)

Place St-Jacques 11 / 101  
Av. Arianelaan 5  
Justitiestraat 4 / 46

Tel. 04 232 44 11  
Tel. 02 774 88 50  
Tel. 03 216 40 80

Fax 04 232 44 51  
Fax 02 774 88 54  
Fax 03 216 40 08

ING 340-1606282-97  
IBAN BE54 3401 6062 8297  
BIC BBRUBEBB  
CBFA 038362 A (intermédiaire/tussenpersoon)  
RPM / RPR 0221.518.504 Liège