** MEMO FAMILIAL**

**FICHE RECAPITULATIVE PERSONNELLE ET CONTRATS ADMINISTRATIFS ET PRIVÉS**

|  |  |
| --- | --- |
| **NOM** | **Prénom** |
| NOM de jeune fille |
| Date de naissance | Lieu  |
| Livret de famille rangé |
| N° Carte identité | N° Passeport |
| N° de Sécurité Sociale |
| Je suis ancien combattant | ❑ OUI | ❑ NON |
| Je suis pensionné de guerre | ❑ OUI | ❑ NON |
| Je suis pupille de l’Etat | ❑ OUI | ❑ NON |
| **CONTRAT DE MARIAGE** |  ❑ OUI |  ❑ NON |
| Si oui, précisez |
| Y-a-t-il eu un précédent mariage | ❑ OUI |  ❑ NON |
| Si oui, précisez |
| **Y-a-t-il un testament** | ❑ OUI |  ❑ NON |
| Si oui, Nom et adresse de mon notaire ou autre personne dépositaire |
| **PACS** | ❑ OUI | DATE | Nom | ❑ NON |
| **MON TELEPHONE ET INTERNET** |
| FIXE | Numéro | Opérateur |
| PORTABLE | Numéro | Opérateur |
| Adresse email |
| Opérateur |
| **PERSONNE à CONTACTER en cas d’urgence** |
| **NOM et PRENOM** |
| Adresse | Téléphone | Portable |
| Email |
| **NOM et PRENOM** |
| Adresse | Téléphone | Portable |
| Email |
| **MES ENFANTS (si plus compléter par une feuille supplémentaire)** |
| **NOM et PRENOM** |
| Adresse | Téléphone | Portable |
| Email |
| **NOM et PRENOM** |
| Adresse | Téléphone | Portable |
| Email |
| **NOM et PRENOM** |
| Adresse | Téléphone | Portable |
| Email |



|  |
| --- |
|  |
| **MES RETRAITES - RENTES** |
| **ORGANISME 1** | Adresse | N° dossier |
| Téléphone  | Email |  |
| **ORGANISME 2** | Adresse | N° dossier |
| Téléphone  | Email |  |
| **ORGANISME 3** | Adresse | N° dossier |
| Téléphone  | Email |  |
| Pour la réversion, contacter chaque organisme de retraite |
| **AUTRES REVENUS** | Mensuels | Trimestriels | Semestriels | Annuels |
| Loyers |  |  |  |  |
| Location |  |  |  |  |
| Autres |  |  |  |  |
| **MES COMPTES BANCAIRES** |
| Nom organisme | adresse | N° Compte | Procuration, Nom, prénom |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| Je possède une ou des cartes bancaires | ❑ OUI | ❑ NON |
| Si oui, lesquelles  |
| **MES PLACEMENTS (autres qu’un compte bancaire)** |
| J’ai une (ou des) assurances vie |
| Contrat | Organisme | Adresse |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **MES EMPRUNTS** |
| Contrat | Organisme | Adresse |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **MES PARTS SOCIALES** | ❑ OUI | ❑ NON |
| Si oui, précisez l’organisme |
| **MES ASSURANCES** |
| Type | Contrat | Organisme | Adresse |
| Santé |  |  |  |
| Habitation |  |  |  |
| Voiture |  |  |  |
| Accident de la vie |  |  |  |
| Dépendance |  |  |  |
| Loisirs |  |  |  |
| Obsèques |  |  |  |
| Autres, précisez |  |  |  |

|  |
| --- |
|  |
| **MES PROPRIETES** |
| Terrain, Maison, Garage | Adresse | Coordonnées locataires éventuels |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| Vente viager de la résidence principale | ❑ OUI | ❑ NON |
| Si oui, précisez |
| Je possède un coffre-fort | ❑ OUI | ❑ NON |
| Organisme |
| **MES IMPOTS** |
| Identifiant |
| Mes déclarations | ❑ INTERNET | ❑ AUTRES |
| Comptable (nom, adresse, téléphone) |
| **Taxe foncière**, règlement par | ❑ CHEQUE | ❑ PRELEVEMENT / Echéancier |
| **Taxe habitation**, règlement par | ❑ CHEQUE | ❑ PRELEVEMENT / Echéancier |
| **Revenus**, je suis imposable | ❑ OUI | ❑ NON |
| **RECONNAISSANCE DE DETTES** |
| On me doit de l’argent | ❑ OUI | ❑ NON |
| Si oui, qui | Combien |
| Document de reconnaissance de dette |  ❑ OUI | ❑ NON |
| Je dois de l’argent | ❑ OUI | ❑ NON |
| Si oui, qui | Combien |
| Document de reconnaissance de dette |  ❑ OUI | ❑ NON |
| **DONS REGULIERS AUX ŒUVRES CARITATIVES OU AUTRES** ❑ OUI ❑ NON |
| Si oui, lesquelles |
|  |
| **MES DECORATIONS OU SIGNES DISTINCTIFS** |
|  |  |  |
| **MES ENGAGEMENTS (Associations, Mairie,…)** |
| Date | Nature |
| Date | Nature |
| Date | Nature |
| **OBSEQUES** |
| Crémation | ❑ OUI | ❑ NON |
| Don d’organe | ❑ OUI | ❑ NON |
| Souhaite la présence du drapeau tricolore si ancien combattant | ❑ OUI | ❑ NON |
| Souhaite une cérémonie religieuse / laquelle | ❑ OUI | ❑ NON |
| Existence d’une concession | ❑ OUI | ❑ NON |
|  Si oui = lieu durée |
| Indemnités décès obsèques – Groupama convention INITIATIV’Retraite 51-08 = |
| Organismes ou associations à prévenir : |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

|  |
| --- |
|  |
| **MON HABITATION** |
| Double de mes clés laissé à : *Nom, prénom, adresse, téléphone* |
|  |  |
| Je suis propriétaire | ❑ OUI | ❑ NON |
| Je suis locataire | ❑ OUI | ❑ NON |
| Si oui, coordonnées du propriétaire : *Nom, prénom, adresse, téléphone* |
|  |
| Etes-vous équipé d’un système de télésurveillance | ❑ OUI | ❑ NON |
| Si oui, auprès de quel opérateur : *Nom, adresse, téléphone* |
| **ASSAINISSEMENT** Fournisseur  | N° dossier | ❑ Chèque | ❑ Prélèvement |
| **EAU** -Fournisseur  | N° dossier | ❑ Chèque | ❑ Prélèvement |
| **GAZ** -Fournisseur  | N° dossier | ❑ Chèque | ❑ Prélèvement |
| **ELECTRICITE** Fournisseur  | N° dossier | ❑ Chèque | ❑ Prélèvement |
| **OPERATEUR INTERNET** |
| Fournisseur  | N° dossier | ❑ Chèque | ❑ Prélèvement |
| **MON OU MES VEHICULES** |
| Marque | Immatriculation | Date acquisition | Mode acquisition |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **MES COTISATIONS DIVERSES - Abonnements** | ❑ OUI | ❑ NON |
| Si oui, lesquels |
| Auprès de quelles association(s) ou éditeurs |
|  |
|  |
|  |
| **J’EMPLOIE UNE PERSONNE A DOMICILE** | ❑ OUI | ❑ NON |
| Si oui, cordonnées |
| Mode de rémunération |
| **Je passe par un prestataire de service** |
| Si oui, coordonnées |
| Règlement par | ❑ CHEQUE | ❑ PRELEVEMENT |
| **MA SANTE** |
| Médecin traitant |
| Adresse | Téléphone |
| Groupe sanguin – Facteur Rhésus | Groupe | Rhésus |
| **TRAITEMENT MEDICAUX spécifiques** |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **TELEASSISTANCE -** Etes-vous équipé  | ❑ OUI | ❑ NON |
| Si oui, coordonnées de l’opérateur |
| **Autres informations que vous jugerez utiles** |
|  |
|  |
|  |

FAIT à le