

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	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	
Je suis pensionné de guerre	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	
Je suis pupille de l'Etat	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	
CONTRAT DE MARIAGE	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	
Si oui, précisez			
Y-a-t-il eu un précédent mariage	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	
Si oui, précisez			
Y-a-t-il un testament	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	
Si oui, Nom et adresse de mon notaire ou autre personne dépositaire			
PACS	<input type="checkbox"/> OUI	DATE	Nom <input type="checkbox"/> 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		<input type="checkbox"/> OUI		<input type="checkbox"/> 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		<input type="checkbox"/> OUI		<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Si oui, précisez		
Je possède un coffre-fort	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Organisme		
MES IMPOTS		
Identifiant		
Mes déclarations	<input type="checkbox"/> INTERNET	<input type="checkbox"/> AUTRES
Comptable (nom, adresse, téléphone)		
Taxe foncière, règlement par	<input type="checkbox"/> CHEQUE	<input type="checkbox"/> PRELEVEMENT / Echéancier
Taxe habitation, règlement par	<input type="checkbox"/> CHEQUE	<input type="checkbox"/> PRELEVEMENT / Echéancier
Revenus, je suis imposable	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
RECONNAISSANCE DE DETTES		
On me doit de l'argent	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Si oui, qui		Combien
Document de reconnaissance de dette	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Je dois de l'argent	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Si oui, qui		Combien
Document de reconnaissance de dette	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
DONS REGULIERS AUX ŒUVRES CARITATIVES OU AUTRES <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		
Si oui, lesquelles		
MES DECORATIONS OU SIGNES DISTINCTIFS		
MES ENGAGEMENTS (Associations, Mairie,...)		
Date	Nature	
Date	Nature	
Date	Nature	
OBSEQUES		
Crémation	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Don d'organe	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Souhaite la présence du drapeau tricolore si ancien combattant	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Souhaite une cérémonie religieuse / laquelle	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Existence d'une concession	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> 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 : <i>Nom, prénom, adresse, téléphone</i>			
Je suis propriétaire	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	
Je suis locataire	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	
Si oui, coordonnées du propriétaire : <i>Nom, prénom, adresse, téléphone</i>			
Etes-vous équipé d'un système de télésurveillance	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	
Si oui, auprès de quel opérateur : <i>Nom, adresse, téléphone</i>			
ASSAINISSEMENT Fournisseur	N° dossier	<input type="checkbox"/> Chèque	<input type="checkbox"/> Prélèvement
EAU -Fournisseur	N° dossier	<input type="checkbox"/> Chèque	<input type="checkbox"/> Prélèvement
GAZ -Fournisseur	N° dossier	<input type="checkbox"/> Chèque	<input type="checkbox"/> Prélèvement
ELECTRICITE Fournisseur	N° dossier	<input type="checkbox"/> Chèque	<input type="checkbox"/> Prélèvement
OPERATEUR INTERNET			
Fournisseur	N° dossier	<input type="checkbox"/> Chèque	<input type="checkbox"/> Prélèvement
MON OU MES VEHICULES			
Marque	Immatriculation	Date acquisition	Mode acquisition
MES COTISATIONS DIVERSES - Abonnements	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	
Si oui, lesquels			
Auprès de quelles association(s) ou éditeurs			
J'EMPLOIE UNE PERSONNE A DOMICILE	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	
Si oui, cordonnées			
Mode de rémunération			
Je passe par un prestataire de service			
Si oui, coordonnées			
Règlement par	<input type="checkbox"/> CHEQUE	<input type="checkbox"/> PRELEVEMENT	
MA SANTE			
Médecin traitant			
Adresse		Téléphone	
Groupe sanguin – Facteur Rhésus	Groupe	Rhésus	
TRAITEMENT MEDICAUX spécifiques			
TELEASSISTANCE - Etes-vous équipé	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	
Si oui, coordonnées de l'opérateur			
Autres informations que vous jugerez utiles			

FAIT à

le