** 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