

## FICHE RECAPITULATIVE PERSONNELLE ET CONTRATS ADMINISTRATIFS ET PRIVÉS

<b>NOM</b>		<b>Prénom</b>	
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	
<b>CONTRAT DE MARIAGE</b>	<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			
<b>Y-a-t-il un testament</b>	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	
Si oui, Nom et adresse de mon notaire ou autre personne dépositaire			
<b>PACS</b>	<input type="checkbox"/> OUI	DATE	Nom <input type="checkbox"/> NON
<b>MON TELEPHONE ET INTERNET</b>			
FIXE	Numéro	Opérateur	
PORTABLE	Numéro	Opérateur	
Adresse email			
Opérateur			
<b>PERSONNE à CONTACTER en cas d'urgence</b>			
<b>NOM et PRENOM</b>			
Adresse	Téléphone	Portable	
Email			
<b>NOM et PRENOM</b>			
Adresse	Téléphone	Portable	
Email			
<b>MES ENFANTS (si plus compléter par une feuille supplémentaire)</b>			
<b>NOM et PRENOM</b>			
Adresse	Téléphone	Portable	
Email			
<b>NOM et PRENOM</b>			
Adresse	Téléphone	Portable	
Email			
<b>NOM et PRENOM</b>			
Adresse	Téléphone	Portable	
Email			

<b>MES RETRAITES - RENTES</b>				
<b>ORGANISME 1</b>		Adresse	N° dossier	
Téléphone		Email		
<b>ORGANISME 2</b>		Adresse	N° dossier	
Téléphone		Email		
<b>ORGANISME 3</b>		Adresse	N° dossier	
Téléphone		Email		
Pour la réversion, contacter chaque organisme de retraite				
<b>AUTRES REVENUS</b>	Mensuels	Trimestriels	Semestriels	Annuels
Loyers				
Location				
Autres				
<b>MES COMPTES BANCAIRES</b>				
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				
<b>MES PLACEMENTS (autres qu'un compte bancaire)</b>				
J'ai une (ou des) assurances vie				
Contrat	Organisme	Adresse		
<b>MES EMPRUNTS</b>				
Contrat	Organisme	Adresse		
<b>MES PARTS SOCIALES</b>		<input type="checkbox"/> OUI		<input type="checkbox"/> NON
Si oui, précisez l'organisme				
<b>MES ASSURANCES</b>				
Type	Contrat	Organisme	Adresse	
Santé				
Habitation				
Voiture				
Accident de la vie				
Dépendance				
Loisirs				
Obsèques				
Autres, précisez				

<b>MES PROPRIETES</b>		
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		
<b>MES IMPOTS</b>		
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
<b>RECONNAISSANCE DE DETTES</b>		
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
<b>DONS REGULIERS AUX ŒUVRES CARITATIVES OU AUTRES</b> <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		
Si oui, lesquelles		
<b>MES DECORATIONS OU SIGNES DISTINCTIFS</b>		
<b>MES ENGAGEMENTS (Associations, Mairie,...)</b>		
Date	Nature	
Date	Nature	
Date	Nature	
<b>OBSEQUES</b>		
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 :		

<b>MON HABITATION</b>			
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>			
<b>ASSAINISSEMENT</b> Fournisseur	N° dossier	<input type="checkbox"/> Chèque	<input type="checkbox"/> Prélèvement
<b>EAU</b> -Fournisseur	N° dossier	<input type="checkbox"/> Chèque	<input type="checkbox"/> Prélèvement
<b>GAZ</b> -Fournisseur	N° dossier	<input type="checkbox"/> Chèque	<input type="checkbox"/> Prélèvement
<b>ELECTRICITE</b> Fournisseur	N° dossier	<input type="checkbox"/> Chèque	<input type="checkbox"/> Prélèvement
<b>OPERATEUR INTERNET</b>			
Fournisseur	N° dossier	<input type="checkbox"/> Chèque	<input type="checkbox"/> Prélèvement
<b>MON OU MES VEHICULES</b>			
Marque	Immatriculation	Date acquisition	Mode acquisition
<b>MES COTISATIONS DIVERSES - Abonnements</b>	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	
Si oui, lesquels			
Auprès de quelles association(s) ou éditeurs			
<b>J'EMPLOIE UNE PERSONNE A DOMICILE</b>	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	
Si oui, cordonnées			
Mode de rémunération			
<b>Je passe par un prestataire de service</b>			
Si oui, coordonnées			
Règlement par	<input type="checkbox"/> CHEQUE	<input type="checkbox"/> PRELEVEMENT	
<b>MA SANTE</b>			
Médecin traitant			
Adresse		Téléphone	
Groupe sanguin – Facteur Rhésus	Groupe	Rhésus	
<b>TRAITEMENT MEDICAUX spécifiques</b>			
<b>TELEASSISTANCE</b> - Etes-vous équipé	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	
Si oui, coordonnées de l'opérateur			
<b>Autres informations que vous jugerez utiles</b>			

FAIT à

le