



FICHE CONTACT

Bonjour et bienvenue à la MACIF
Afin de répondre à votre demande, merci de compléter ce document

Je m'appelle (nom et prénom) :

Je suis déjà sociétaire

voici mon n°

Je viens pour :

mon concubin

moi-même

mon enfant

mon conjoint

autre

Je ne suis pas sociétaire

Je veux :

un nouveau contrat

modifier mon contrat

un devis

déclarer un accident

des renseignements sur un accident déjà déclaré

autre à préciser : _____

Pour :

un véhicule (voiture, moto, cyclo...)

mon logement

santé

crédit

autre à préciser _____

Pour bénéficier des services destinés aux sourds et malentendants, j'accepte que ma surdité fasse l'objet d'un traitement informatisé par la MACIF, que mes données personnelles soient transmises au groupe MACIF et à ses partenaires et de recevoir toute information relative à ces services par tous moyens de communication.

Date

Signature