



Demande d'admission AFCA

Date _____ Nom et prénom du membre _____

Compagnie d'assurance _____

Parrainé et recommandé par _____

Informations du membre

Téléphone mobile _____

e-mail privé (obligatoire) _____

e-mail professionnel _____

Adresse et n° _____

Code postal _____

Commune _____

Canton _____

Type de profession/d'activité _____

Date de naissance complète _____

Nationalité et permis _____

N° Cicéro _____

Diplômes, certificats _____

Professionnel en assurance depuis _____

Divers _____

Acceptation : oui

Cotisation membre annuelle actif CHF 100.- _____

Signature du membre _____

