

ASSURANCE PENSION LIBRE COMPLÉMENTAIRE INDÉPENDANTS (PLCI)

PRENEUR·EUSE D'ASSURANCE			
Nom			
Prénom			
Numéro de téléphone			
Date de naissance			
Genre			
Nationalité			
Numéro de registre national			
Adresse e-mail			
Adresse postale			
QUALITÉ DU/DE LA PRENEUR·EUSE D'ASSURANCE			
Statut social (<i>Choisissez</i>) :			
Indépendant·e	Employé·e	Fonctionnaire	<i>Autre (Précisez) :</i>
Statut fiscal (<i>Choisissez</i>) :			
Employé·e (rémunérations)	Dirigeant·e d'entreprise (rémunérations)	Profession libérale (avantages, fonctions, postes)	Commerçant·e, artisan·e, ou agriculteur·trice (bénéfices)
Conjoint·e-aidant (rémunérations)		<i>Autre (Précisez) :</i>	
Métier			
Date de début d'activité			
Revenu professionnel			
PLCI sociale	Oui	Non	
Personne exposée politiquement	Oui	Non	