

**SMAPRI**  
**Mutuelle de Madagascar**  
**Tour Montparnasse 40<sup>e</sup>**  
**75755 Paris Cedex 15**

**Formulaire de demande de renseignements ou d'adhésion:**

Madame       Mademoiselle       Monsieur

<b>Nom :</b>
<b>Prénom :</b>
<b>Adresse :</b>
<b>Code postal :</b>
<b>Ville :</b>
<b>Date de naissance :</b>
<b>Téléphone :</b>
<b>Fax :</b>
<b>e-mail :</b>
<b>Produit demandé :</b> <b>(<input type="radio"/> santé, <input type="radio"/> rapatriement de corps, <input type="radio"/> capital obsèques...)</b>