

<b>Situation de l'Assuré</b>	
1 Age de l'assuré	1
2 L'assuré commence à percevoir un complément de ressources à	2
3 L'assuré souhaite investir	3
4 L'assuré souhaite percevoir un complément de ressources annuel minimum de	4
5 Choix du scénario	5 <input type="checkbox"/> Scénario défavorable <input type="checkbox"/> Scénario intermédiaire <input type="checkbox"/> Scénario favorable
<b>Informations sur l'assuré</b>	
6 Civilité	6 <input type="checkbox"/> Monsieur <input type="checkbox"/> Madame <input type="checkbox"/> Mademoiselle
7 Nom	7

## Retraite - Particulier - AdP

8 Nom de naissance	8
9 Prénom(s)	9
10 Date de naissance	10
11 Lieu de naissance	11
12 Numéro du département de naissance	12
13 Nationalité	13 <input type="checkbox"/> Française <input type="checkbox"/> Autre
14 Précisez	14

15 Situation de famille	15 <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Divorcé(e) <input type="checkbox"/> marié(e) <input type="checkbox"/> Pacsé(e) <input type="checkbox"/> Séparé(e) <input type="checkbox"/> Union Libre <input type="checkbox"/> Veuf(ve)
<b>Informations sur la situation professionnelle de l'assuré</b>	
16 Profession	16
17 Catégorie socioprofessionnelle	17
18 Secteur d'activité	18
<b>Informations sur les documents d'identité</b>	
19 Type de pièce d'identité	19 <input type="checkbox"/> Carte d'identité <input type="checkbox"/> Carte de résident <input type="checkbox"/> Passeport <input type="checkbox"/> Titre de séjour
20 Numéro de la pièce d'identité	20

## Retraite - Particulier - AdP

21 Date de délivrance de la pièce d'identité	21
22 Lieu de délivrance de la pièce d'identité	22
<b>Informations de contact de l'assuré</b>	
23 N° dans la voie	23
24 Type de voie et nom de la voie	24
25 Complément d'adresse	25
26 Code Postal	26
27 Commune	27

## Retraite - Particulier - AdP

28 Pays	28
29 L'adresse est spécifique à cette adhésion	29 <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
30 Numéro de téléphone	30
31 Numéro de téléphone portable	31
32 Adresse mail	32
33 L'adhérent est déclaré incapable majeur placé sous tutelle ou curatelle ou bien mineur	33 <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<b>PERIN</b>	
34 L'assuré est adhérent à l'association ANCRE	34 <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
35 Préciser le numéro d'adhérent	35