

Situation de l'Assuré	
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 <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Scénario défavorable <input type="checkbox"/> Scénario intermédiaire <input type="checkbox"/> Scénario favorable
Informations sur l'assuré	
6 Civilité	6 <ul style="list-style-type: none"> <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	<input type="checkbox"/> Française <input type="checkbox"/> Autre
14 Précisez	14

Retraite - Particulier - AdP

15 Situation de famille	<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)
Informations sur la situation professionnelle de l'assuré	
16 Profession	16
17 Catégorie socioprofessionnelle	17
18 Secteur d'activité	18
Informations sur les documents d'identité	
19 Type de pièce d'identité	<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
Informations de contact de l'assuré	
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
PERIN	
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