

AGENCE CAJARC
65 BD DU TOUR DE VILLE
46160 CAJARC
Tél: 05 65 40 70 05

Votre contact :
MME POULAILLER JULIE

Vos références :
N° client : 47257018
Compte 172469201

**VOTRE AVIS D'ECHEANCE**

du 01/01/2026 au 31/12/2026

Cet avis est établi et reflète la situation de vos contrats à la date du 08/12/2025.
Les modifications de vos contrats postérieures à cette date ne figurent pas sur cet avis
d'échéance et feront l'objet d'un avis d'opérations.
Retrouvez tous vos contrats sur votre espace client Groupama : www.groupama.fr

LA POSTE

SD : 86500311311056C

631370 23173 5179
V37 1/ 3 1 19

MONSIEUR LACROIX JEAN MARC
COMPTE PRO
284 ROUTE DE CARAYAC
46160 GREALOU

Facture n° 00051118F260000776

VOS CONTRATS

Cotisations en Euros TTC

Vos assurances santé et prévoyance

SERVICE DE REMPLACEMENT - Contrat n°416354370005	16,22
PREVOYANCE INDIVIDUELLE CAPITAL SANTE - Contrat n°416354370001 LACROIX FLORIAN	681,88
PREVOYANCE INDIVIDUELLE CAPITAL SANTE - Contrat n°416354370002 LACROIX JEAN MARC	639,41

VOTRE COTISATION ANNUELLE**1 337,51 € TTC**

Dont taxes et contributions

46,63

TOTAL A PAYER**1 337,51 € TTC****VOTRE ECHEANCIER DE PAIEMENT**

Total à payer : 1 337,51 €

Votre échéancier :

01/01/2026	668,76 €
01/07/2026	668,75 €

VOTRE MOYEN DE PAIEMENT

PAIEMENT SEMESTRIEL PAR TIP

IBAN : FR76 1120 6XXX XXXX XXXX 9527 9XX

M LACROIX JEAN MARC

AGENCE CAJARC
65 BD DU TOUR DE VILLE
46160 CAJARC
Tél: 05 65 40 70 05

Votre contact :
MME POULAILLER JULIE

Vos références :
N° client : 24968707
Compte 183124405



VOTRE AVIS D'ECHEANCE

du 01/01/2026 au 31/12/2026

Cet avis est établi et reflète la situation de vos contrats à la date du 08/12/2025.
Les modifications de vos contrats postérieures à cette date ne figurent pas sur cet avis
d'échéance et feront l'objet d'un avis d'opérations.
Retrouvez tous vos contrats sur votre espace client Groupama : www.groupama.fr

LA POSTE

SD : 86500311311055E

631370 23167 5178
V37 1/ 3 1 19



MONSIEUR LACROIX FLORIAN
COMPTE PROFESSIONNEL
LE BOURG
46160 GREALOU

Facture n° 00051118F260000780

VOTRE CONTRAT

Cotisations en Euros TTC

Votre assurance santé et prévoyance

SERVICE DE REMPLACEMENT - Contrat n°404887640006

16,22

VOTRE COTISATION ANNUELLE

16,22 € TTC

Dont taxes et contributions

0,03

TOTAL A PAYER

16,22 € TTC

VOTRE ECHEANCIER DE PAIEMENT

Total à payer : 16,22 €

Votre échéancier :
01/01/2026 16,22 €

VOTRE MOYEN DE PAIEMENT

PAIEMENT ANNUEL PAR TIP

IBAN : MERCI DE JOINDRE UN RIB