

Questionnaire à transmettre : [marisol@groupe-astarion.fr](mailto:marisol@groupe-astarion.fr)

**COORDONNEES DU CLIENT**

Nom et Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Code postal :

Ville :

Tel :

Mail :

Profession précise:

Régime :  TNS  Régime général  Régime agricole

Situation familiale :  Célibataire  Marié  Concubinage  Pacsé  Divorcé

Type de contrat à tarifier:  Célibataire  Couple  Famille monoparentale  Famille

**COORDONNEES DU CONJOINT**

Nom et Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Code postal :

Ville :

Tel :

Profession :

Régime :  TNS  Régime général  Régime agricole

Nombre d'enfants à charge :

Nom	Prénom	Date de naissance

Seuil d'invalidité souhaité :  1%  5%  10 %  30%

Extension 2 roues :  Oui  Non

Extension aux risques accidentels dans le cadre de la vie professionnelle :  Oui  Non

**MODE DE PAIEMENT :**  Annuel  Semestriel  Trimestriel  Mensuel

**TYPE DE PAIEMENT :**  Chèque bancaire  Prélèvement

[www.groupe-astarion.fr](http://www.groupe-astarion.fr)

Avekvo adresse de correspondance :470 rue des Grillères 01580 Matafelon-Granges ,

Tel 06-80-56-11-43- [marisol@groupe-astarion.fr](mailto:marisol@groupe-astarion.fr) -

Assurance de responsabilité civile professionnelle conforme aux articles L-530-1 et 530-2 du code des Assurances  
SARL au capital de 1000 euros RCS Lyon 808 479 869, Orias sous le n° 15000842

**INFORMATIONS :**

Votre proposant est : <input type="checkbox"/> Prospect qui vous a contacté		<input type="checkbox"/> Prospect que vous avez démarché
<input type="checkbox"/> Client de votre cabinet		
Quel est le meilleur tarif obtenu ?	Auprès de quelle compagnie ?	
Montant de franchise maximum accepté :	Prime actuelle :	
Date d'effet du contrat :	Liste des compagnies déjà interrogées :	

**DEMANDES PARTICULIERES FORMULEES PAR LE CLIENT :**

Le proposant certifie que les déclarations figurant sur le présent questionnaire d'étude sont conformes à la vérité et qu'elles doivent servir de base à l'établissement du contrat d'assurance qu'il désire souscrire.

**Nous attirons votre attention sur le fait que ce questionnaire est un document contractuel, et que toute omission, toute déclaration fautive ou inexacte, pourrait entraîner la nullité du contrat ou poser le proposant signataire à supporter les sanctions prévues aux articles L113-08 ou L113-9 du code des assurances.**

Délivrance du devis par notre Agence de souscription : il sera délivré pour une durée de validité à 1mois

Nous vous remercions de ne pas nous interroger sans avoir un dossier complet

Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_

<p><b>Cachet de l'intermédiaire</b></p> <p>CABINET AVEKVOO Adresse de correspondance 470 rue des Grillères 01580 Matafelon-Granges</p>	<p><b>Cachet du courtier conseil mandaté par son client</b> Faire précéder la signature de la mention manuscrite « lu et approuvé » Signature du proposant :</p>
--	--

[www.groupe-astarion.fr](http://www.groupe-astarion.fr)

Avekvo adresse de correspondance :470 rue des Grillères 01580 Matafelon-Granges ,

Tel 06-80-56-11-43- [marisol@groupe-astarion.fr](mailto:marisol@groupe-astarion.fr) -

Assurance de responsabilité civile professionnelle conforme aux articles L-530-1 et 530-2 du code des Assurances

SARL au capital de 1000 euros RCS Lyon 808 479 869, Orias sous le n° 15000842