

Questionnaire à transmettre : marisol@groupe-astarion.fr

COORDONNEES DU CLIENT

Nom et Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Code postal :

Ville :

Tel :

Profession :

Régime : TNS Régime général Régime agricole

Situation familiale : Célibataire Marié Concubinage Pacsé Divorcé

Type de contrat : Célibataire Couple Famille monoparentale Famille

Déjà couvert par une mutuelle obligatoire : Oui Non

Souhaitez vous protéger : Votre conjoint Enfants 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

BESOINS (dépense non ou peu prise en charge par l'assurance maladie et la mutuelle obligatoire)

Hospitalisation Dentaire Optique Dépassement d'honoraires Autres

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 -

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

MODE DE PAIEMENT : Annuel Semestriel Trimestriel Mensuel

TYPE DE PAIEMENT : Chèque bancaire Prélèvement

INFORMATIONS :

Votre client est : Prospect qui vous a contacté Prospect que vous avez démarché

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 1 mois

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

Fait à _____ le _____

Cachet de l'intermédiaire

CABINET AVEKVOO
Adresse de correspondance
470 rue des Grillères
01580 Matafelon-Granges

Cachet du courtier conseil mandaté par son client

Faire précéder la signature de la mention manuscrite « lu
et approuvé »
Signature du proposant :

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 -

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