

Questionnaire à transmettre : marisol@groupe-astarion.fr

Loi Hamon : oui non

Amendement Bourquin : oui non

Assuré 1

Assuré 2

Nom et prénom :

Nom et prénom :

Adresse complète actuelle :

Adresse complète actuelle :

Mail :

Mail :

Tel portable :

Tel portable

Date de naissance:

Date de naissance

Ville de naissance

Ville de Naissance

Profession exacte :

Profession exacte :

Risque pro spécifique :

Risque pro spécifique :

Statut :

Statut :

Déplacement pro – 20 000 km/an :

Déplacement pro – 20 000 km/an :

oui non

oui non

Fumeur : oui non

Fumeur : oui non

Sport Pratiqué :

Sport Pratiqué :

Dossier de financement :

Capital emprunté :

Type de taux : Fixe Variable

Taux : %

Nature du prêt :

Durée (y compris période différée) :

Si le prêt à paliers, merci d'indiquer les échéances de chaque palier :

Nature des paliers : Partiel (intérêt seul)

Total (intérêt +capital)

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

Date de Déblocage des Fonds : Quotité assuré 1 (%) : Quotité assuré 2 (%) :

Primes d'assurances : Variables Constante

Garanties souhaitées :

- DECES PTIA (Perte Totale et Irréversible d'autonomie)
 IPP (Invalidité Permanente Partielle) IPT (Incapacité Permanente et Totale)
 ITT (Incapacité Temporaire et Totale) RACHAT EXCLUSION DOS /PSY

Franchise souhaitée :

INFORMATIONS :

<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 :

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 _____

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

--	--

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