

Questionnaire à transmettre : marisol@groupe-astarion.fr

Raison sociale:

Intitulé de la convention collective

Code APE

code NAF

Numéro de SIRET

Effectif de l'entreprise* Personnel à assurer :

Cadre

Non cadre

Ensemble du personnel

Âge moyen du collègue :

Cadre

Non cadre

Y- a-t-il des salariés en arrêt de travail ?* Oui Non

Avez-vous un contrat en place ? Oui Non

Si oui auprès de quel assureur ?

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 d'un mois

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

Fait à _____
le _____

Cachet de l'intermédiaire Diffusion Santé Service Avekvoo 470 rue des Grillères 01580 Matafelon-Granges	Cachet du courtier Conseil Faire précéder la signature de la mention manuscrite « lu et approuvé » Signature
---	--