

Questionnaire à transmettre : marisol@groupe-astarion.fr

COORDONNEES DU CLIENT

Nom et Prénom :

Adresse :

Code postal :

Ville :

Tel :

ENTREPRISE :

Intitulé de la convention collective :

Code APE :

IDDC :

Département du siège social :

EFFECTIF DE L'ENTREPRISE:

Personnel à assurer :

Cadre :

Non Cadre :

ENSEMBLE DU PERSONNEL:

Age moyen du collègue

Cadre :

Non cadre :

NIVEAU DE COUVERTURE SOUHAITE EN FONCTION DU COLLEGE :

Cadre :

Non cadre :

S'agit-il d'une reprise à la concurrence ? Oui Non

- Si OUI, auprès de quelle compagnie ?
- Si NON, depuis quand vous n'êtes plus assurés?

MODE DE PAIEMENT : Annuel Semestriel Trimestriel Mensuel

TYPE DE PAIEMENT : Chèque bancaire Prélèvement

www.groupe-astarion.fr

Diffusion Santé service Avekvo: 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
RCS Lyon 808 479 869, Orias sous le n° 15000842

INFORMATIONS :

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 1mois

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

Fait à _____ le _____

Cachet de l'intermédiaire Diffusion Santé Service Avekvo 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

Diffusion Santé service Avekvo: 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

RCS Lyon 808 479 869, Orias sous le n° 15000842

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