



COMPLEMENTAIRE SANTE DES ASSUJETTIS SOCIAUX

Cette proposition est destinée à tous proposant assujettis à la Sécurité Sociale .A réception de votre Fiche de pré-tarification, nous vous adresserons une proposition tarifaire des plus personnalisée.

PROPOSANT

Nom, prénom,Date de naissance.....

Adresse des locaux.....

Code postal.....Ville.....

Téléphone.....Télécopie.....Email.....

CONJOINT(E)

Nom, prénom,Date de naissance.....

Adresse des locaux.....

Code postal.....Ville.....

Téléphone.....Télécopie.....Email.....

Situation familiale : Marié / Pacsé Célibataire Veuf Divorcé Autre.....

ENFANTS

NOM	PRENOM	DATE DE NAISSANCE

SITUATION D'ASSURANCE

Etes-vous actuellement assuré pour les risques dont vous demandez la garantie ? OUI NON

Si NON, pourquoi :.....

Compagnie	N° de police	Montant de la garantie	Date d'échéance	Prime actuelle

Avez-vous fait l'objet d'une résiliation par l'assureur ? Si oui, motif.....

Un contrat de même nature vous à t'il été refusé ? Si oui, motif.....

Les éléments tarifaires seront transmis en fonction de vos déclarations ayant permis d'apprécier le risque, de ce fait, toute omission, réticence, ou renseignements inexacts, peut entraîner l'application des Articles L 113.8 et L 113.9 du Code des Assurances. Je déclare que les réponses apportées au présent questionnaire sont exactes et conformes à la réalité, et qu'elles serviront de base au futur contrat, après examen et accord de la Compagnie.

Fait à.....le.....

Signature du Proposant
« Lu et approuvé »
Cachet commercial

Signature du Courtier