



**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