

Questionnaire à transmettre : marisol@groupe-astarion.fr

1. L'ASSURE

- Nom : Prénom
- Adresse(s) du (des) Assuré(s) :
- Voie :
- Code Postal : Commune :
- Tel : Mail :

- Raison sociale :
- Numéro SIREN : Code NAF :
- Forme juridique : Date de début d'activité :
- CA :

2. DESCRIPTIF DE L'ACTIVITE PRINCIPALE :

.....

.....

.....

3. GARANTIE SOUHAITEE :

- 50 000€ 100 000€ 200 000€ 300 000€ autre :
- 100 000€ (spéciale créateur -3 ans)

4. PROTECTION JURIDIQUE :

- OUI NON

5. ANTECEDENTS

- Le souscripteur est-il actuellement assuré ? Oui Non

Dans l'affirmative, veuillez préciser :

Nom de la compagnie d'assurance :

Numéro de contrat :

Date d'effet du contrat :

www.groupe-astarion.fr

Diffusion Santé service Avekvoo: 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

MODE DE PAIEMENT : Annuel Semestriel Trimestriel

TYPE DE PAIEMENT : Chèque bancaire Prélèvement

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 :

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 _____

<p>Cachet de l'intermédiaire</p> <p>Diffusion Santé Service Avekvo 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 »</p> <p>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