



VOTRE DEMANDE D'ASSURANCE PREVOYANCE

Vous souhaitez des renseignements sur une offre prévoyance individuelle ? merci de compléter le formulaire ci-dessous, nos conseillers vous répondront dans les plus brefs délais.

Assuré Principal :

Nom : _____ Prénom : _____ Né(é) le : _____ Profession : _____
 Adresse : _____ Code Postal _____ Ville : _____
 Tel : _____ Fumeur : Oui Non Adresse Mail _____
 N° INSEE : _____ clé _____

Situation de Famille :

Célibataire Marié(e) Divorcé(e) Veuf Autre, précisez _____

Régime social :

Assuré Social Régime des travailleurs non-salariés Retraité Autre, précisez : _____
 Avantage de la Loi MADELIN (concerne Assurances Revenus & Invalidité)

Conjoint ou Concubin

Nom : _____ Prénom : _____ Né(é) le : _____ Profession : _____
 Adresse : _____ Code Postal _____ Ville : _____
 Tel : _____ Fumeur : Oui Non Adresse Mail _____
 Régime social :
 Assuré Social Régime des travailleurs non-salariés Retraité Autre, précisez : _____
 Avantage de la Loi MADELIN (concerne Assurances Revenus & Invalidité)
 N° INSEE : _____ clé _____

Autres Bénéficiaires

F	H	Nom	Prénom	Né le	N° INSEE	FUMEUR
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>

ASSURANCE OBSEQUES	Capital Souhaité	
ASSURANCE ACCIDENT	Capital Souhaité	
ASSURANCE DECES / Perte Totale et Irréversible d'Autonomie/Incapacité Permanente et Partielle <input type="checkbox"/> option Invalidité Permanente Totale	Capital Souhaité	
ASSURANCE INVALIDITÉ	Capital Souhaité	
ASSURANCE REVENUS	Capital Souhaité	
INDEMNITÉ JOURNALIÈRE	Capital Souhaité	
ASSURANCE FORFAIT HOSPITALISATION	Capital Souhaité	
ASSURANCE FRAIS GENERAUX	Capital Souhaité	
Dépendance	Capacité d'épargne mensuel	
Complément retraite	Capacité d'épargne mensuel	
Epargne (assurance vie, livret d'épargne, etc...)	Capacité d'épargne mensuel	

- Même si ce n'est pas le meilleur rapport qualité prix, je souhaite privilégier l'Assureur
 J'affirme n'avoir rien à déclarer concernant ma santé.
 Si tel n'est pas le cas, je demande à recevoir le questionnaire de santé.

Le ___/___/___

Signature précédée de la mention lu et approuvé

Demande à retourner :

STE LASSUREUR:

5 Passage Marcilly

71100 CHALON SUR SAONE

conseil@assureurprevoyance.com



MANDAT EXCLUSIF DE PLACEMENT ET DE GESTION

(ne concerne que les fournisseurs et/ou Assureurs sous saisine par nos soins)

(A faire remplir, signer et tamponner par le client)

Monsieur,

Je soussigné, _____

Représentant _____

Domicilié à _____

vous informe avoir choisi comme mandataire, à l'exclusion de tout autre intermédiaire, le cabinet en référence ; Le présent ordre annule et remplace tous ordres qui auraient pu être donnés antérieurement et ce pour saisine ferme de 12 mois sans pouvoir être remplacé.

Nom de l'affaire et adresse :

Mandate, à l'exclusion de tout autre Courtier, le cabinet LASSUREUR ASSURANCESDIRECT.COM– 5 Passage Marcilly
–71100 CHALON SUR SAONE

Agissant pour procéder à l'étude et la gestion des polices d'assurance auprès de ses fournisseurs :

Pour le placement et la gestion

- D'un risque situé a :

- Pour un contrat :

Pour le bon ordre, notre assureur conseil, le cabinet LASSUREUR ORIAS 09051556

Sera votre seul interlocuteur direct concernant ces contrats d'assurance.

Le présent mandat annule et remplace tout autre précédemment signé ou pouvant être signé.

Bon pour ordre ferme et inaliénable.

Fait à _____ le _____

Signature et **TAMPON** DU CLIENT :

Précédée des mots : Lu et approuvé

ATTENTION CE DOCUMENT DOIT ETRE TAMPONNE & SIGNE DU CLIENT UNIQUEMENT EN APPLICATION DE L'ARTICLE A 212-1 du CA & DES SANCTIONS APPLICABLES (L 113-8 et L 113-9 du CA)

