



## 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 : \_\_\_\_\_ 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 : \_\_\_\_\_ 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
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				

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



# MANDAT EXCLUSIF DE PLACEMENT ET DE GESTION

(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)

