

QUESTIONNAIRE PREALABLE A TOUTE DEMANDE D'ETUDE D'UN CONTRAT DE MUTUELLE D'ENTREPRISE



DECISIUM
CONSEIL | CREDIT | ASSURANCE

Conseiller :

INFORMATIONS RELATIVES A L'ENTREPRISE

Votre statut : Entreprise Artisan ou commerçant Association Profession libérale

Dénomination sociale : Forme juridique :

N° SIREN / SIRET : NAF :

Activité : Convention collective :

Métier :

Adresse :

CP : Ville :

Nom de la personne de contact : Prénom :

Fonction :

Tél. : Email :

INFORMATIONS RELATIVES AU DIRIGEANT

M. Mme Mlle

Nom : Prénom : Date de naissance :/..../.....

Situation familiale : Célibataire Marié(e) Concubin(e) Pacsé(e) Divorcé(e) Séparé(e) Veuf(ve)

Adresse :

CP : Ville :

Tél. : Email :

CHOIX DE VOS GARANTIES

- Quelle type de garanties souhaitez vous ? Convention collective.
 Autres :
 Étude sur R.D.V.

INFORMATIONS RELATIVES AUX BENEFICIAIRES

| CADRE | NOM | PRÉNOM | DATE DE NAISSANCE | CONJOINT | NOMBRE D'ENFANTS |
|---|-----|--------|----------------------|---|---------------------|
| <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non | | |/...../..... | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non | |
| <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non | | |/...../..... | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non | |
| <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non | | |/...../..... | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non | |
| <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non | | |/...../..... | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non | |
| <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non | | |/...../..... | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non | |
| <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non | | |/...../..... | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non | |
| <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non | | |/...../..... | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non | |
| <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non | | |/...../..... | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non | |
| <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non | | |/...../..... | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non | |

Nombre de cadre âges moyen

Salarié seul Adulte / enfant Isolé / duo / famille Famille unique

Nombre de non cadre âge moyen

Salarié seul Adulte / enfant Isolé / duo / famille famille unique

DATE DE PRISE D'EFFET DU CONTRAT

Avez vous une mutuelle en cours ? Oui Non

Nom de la mutuelle actuelle ou dernière mutuelle :

Date de souscription du précédent contrat :/...../..... Échéance principale:/...../.....

Date de résiliation du précédent contrat :/...../.....

Date d'effet souhaitée :/...../..... Fractionnement souhaité : MENSUEL TRIMESTRIEL SEMESTRIEL ANNUEL

Fait à :

Le :/...../.....

Signature :

DOCUMENTS À FOURNIR :

ENTREPRISE

- Carte nationale d'identité du gerant
- K-bis, - RIB
- DUE (Décision Unilatérale de l'Employeur)

SALARIÉ

- Attestation sécurité sociale
- RIB

Toute réticence, fausse déclaration, omission ou déclaration inexacte faite par le proposant pour le risque ainsi décrit, l'expose aux sanctions prévues, selon les cas aux articles L113.8 ou L113.9 du Code des Assurances.

🏠 22 avenue Kléber, 75116 Paris 🏠 56 avenue Jean Jaurès, 75019 Paris 🏠 18 place de France, 95600 Sarcelles
 ☎ Tél : 01.84.25.04.84 ✉ contact@groupe-decisium.fr 🌐 www.groupe-decisium.fr

SARL PRO-ASSURANCE SANTE PATRIMOINE, sous contrat de licence de Marque DECISIUM · Capital de 5 000, RCS PARIS 538 045 220 - inscrit à l'ORIAS N° 12066460
 Catégories Courtier d'assurance (COA) - Courtier en opérations de banque et en services de paiement (COBSP) - Mandataire d'intermédiaire en opérations de banque et en services de paiement (MIOBSP)