

QUESTIONNAIRE PREALABLE A TOUTE DEMANDE D'ETUDE D'UN CONTRAT D'ASSURANCE DE PRET



DECISIUM
CONSEIL | CREDIT | ASSURANCE

Conseiller :

INFORMATIONS RELATIVES AU PROPOSANT

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 :

Profession :

Votre contrat de travail:

Activité à temps partiel: Oui Non

Déplacement professionnels (km/an):

Activité avec manutention? Oui Non

Travail en hauteur? Oui Non

Quotité à assurer (en %):

Êtes-vous fumeur? Oui. Non.

INFORMATIONS RELATIVES AU BENEFICIAIRE

Qui souhaitez-vous assurer : Vous Vous et votre co-emprunteur

M. Mme Mlle

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

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

Profession :

Son contrat de travail:

Activité à temps partiel: Oui Non

Déplacement professionnels (km/an):

Activité avec manutention? Oui Non

Travail en hauteur? Oui Non

Quotité à assurer (en %):

Est-il fumeur? Oui. Non.

INFORMATIONS RELATIVES AU PRET

	PRET 1	PRET 2	PRET 3
Montant (€)			
Type de pret			
Taux (%)			
Durée totale (mois)			
Dont différé (mois)			
Date de déblocage du pret			

CHOIX DE VOS GARANTIES

- Quelle type de formule souhaitez vous ? La Formule Obligatoire
(Cette formule vous couvre contre le décès et la perte totale et irréversible d'autonomie)
- La Formule Complète
(En plus du décès et de la perte totale et irréversible d'autonomie, cette formule vous couvre contre l'invalidité permanente totale et l'incapacité temporaire totale de travail)

DATE DE PRISE D'EFFET DU CONTRAT

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

Fait à :

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

Signature :

DOCUMENTS À FOURNIR :

- Carte nationale d'identité
- Offre de prêt ou Contrat actuel

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)