

# QUESTIONNAIRE PREALABLE A TOUTE DEMANDE D'ETUDE D'UN CONTRAT D'ASSURANCE DEPENDANCE



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 : .....

## INFORMATIONS RELATIVES AUX BÉNÉFICIAIRES

Qui souhaitez-vous assurer :  Vous  Votre couple

Votre conjoint est :  Un homme  Une femme Sa date de naissance : ...../...../.....

## CHOIX DE VOS GARANTIES

Quel niveau de garanties souhaitez-vous ?

Dépendance totale  Dépendance totale + partielle

## DATE DE PRISE D'EFFET DU CONTRAT

Date d'effet souhaitée : ...../...../.....

Fractionnement souhaité :  MENSUEL  TRIMESTRIEL  SEMESTRIEL  ANNUEL

Fait à : .....

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

Signature :

*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)