

# QUESTIONNAIRE PREALABLE A TOUTE DEMANDE D'ETUDE D'UN CONTRAT DE MUTUELLE PREVOYANCE MADELIN



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 : .....

Secteur d'activité : .....

Votre régime social :  Régime général  Régime agricole  Alsace-Moselle  Régime TNS  Régime CFE

Êtes-vous fumeur?  Oui  Non

## INFORMATIONS RELATIVES AUX BÉNÉFICIAIRES

Qui souhaitez-vous assurer :  Vous  Votre couple  Votre/vos enfant(s)

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

Son régime social :  Régime général  Régime agricole  Alsace-Moselle  Régime TNS  Régime CFE

Sa profession : .....

Son secteur d'activité : .....

Nombre d'enfants à assurer : .....

	ENFANT 1	ENFANT 2	ENFANT 3
Nom			
Prénom			
Date de naissance			

## CHOIX DE VOS GARANTIES

Vous souhaitez :  Vous assurer pour la première fois  Changer de contrat

Vous souhaitez un devis en :  Mutuelle Madelin TNS  Prevoyance Madelin TNS  Mutuelle+Prevoyance Madelin TNS

## CHOIX DE VOS GARANTIES - SUITE

### Mutuelle Madelin.

- Quelle type de formule souhaitez-vous?
- La Formule Sérénité Premier Prix  
(une bonne protection santé pour un budget minimum)
  - La Formule Confort  
(Une protection santé avec de très bonnes garanties au meilleur rapport qualité/prix)
  - La Formule Haut de Gamme  
(une protection santé optimale)

### Prevoyance Madelin.

Capital décès à garantir (€) : .....

Indemnité journalière entre 0 et 1500€ (€/j) : .....

Désirez-vous une rente éducation :  Oui  Non

Désirez-vous une rente de conjoint :  Oui  Non

Franchise souhaitée :  15/30 /30  30/30 /30  90/60 /60  Au choix : / /

(Maladie / accident / hospitalisation)

## DATE DE PRISE D'EFFET DU CONTRAT

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

Fractionnement souhaité :  MENSUEL  TRIMESTRIEL  SEMESTRIEL  ANNUEL

Fait à : .....

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

Signature :

### DOCUMENTS À FOURNIR :

- K-bis ou Insée
- Carte nationale d'identité
- RIB Prélèvement
- RIB Remboursement si différent
- Attestation sécurité sociale

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)