

QUESTIONNAIRE · ASSURANCE OBSÈQUES

Questionnaire assurance obsèques

Recueil des informations nécessaires à l'étude — à retourner à info@assudire.fr

Répondez à ce qui vous concerne : seules vos coordonnées sont obligatoires. Aucune question médicale ; vos volontés restent modifiables à tout moment.

1. VOUS

Le souscripteur du contrat.

Civilité : ☐ Madame ☐ Monsieur Prénom : Nom :

Date de naissance : Situation familiale : ☐ Célibataire ☐ Marié(e) / pacsé(e) ☐ Vie maritale ☐ Divorcé(e)
☐ Veuf / veuve

Adresse : Code postal : Ville :

Téléphone : E-mail :

Profession : Statut : ☐ Salarié(e) ☐ Indépendant(e) / TNS ☐ Retraité(e) ☐ Étudiant(e) ☐ Sans activité

2. LES PERSONNES À ASSURER

Vous, et le cas échéant votre conjoint.

À assurer : ☐ Moi seul(e) ☐ Mon conjoint et moi ☐ Un parent Date de naissance de la 2e personne :

Code postal du domicile : Domicile en France : ☐ Oui ☐ Non ☐ Installation en cours

Contrat obsèques existant : ☐ Non ☐ Oui Assureur actuel :

3. VOS VOLONTÉS

Ce que vous souhaitez épargner à vos proches.

Type de contrat : ☐ Capital seul ☐ Capital et prestations organisées ☐ À conseiller

Capital souhaité : € Obsèques : ☐ Inhumation ☐ Crémation ☐ Pas encore décidé

Lieu des obsèques : ☐ Près du domicile ☐ Autre région ☐ À l'étranger (rapatriement) Bénéficiaire (proche ou pompes funèbres)

4. VOS BESOINS

Formule souhaitée : ☐ Essentielle ☐ Sérénité ☐ Prestations ☐ À conseiller

Paiement des cotisations : ☐ En une fois ☐ Sur 5 à 15 ans ☐ Viagères (toute la vie) ☐ À conseiller

Options : ☐ Revalorisation du capital ☐ Rapatriement de corps ☐ Assistance aux démarches ☐ Volontés modifiables

Date d'effet souhaitée : ☐ Dès que possible ☐ Dans le mois ☐ Plus tard **Budget visé :** € / mois

Précisions, contraintes ou questions :

5. PIÈCES À JOINDRE

Des photos ou des scans suffisent.

☐ Pièce d'identité ☐ Devis des pompes funèbres (si vous en avez un) ☐ Contrat actuel ☐ RIB

Aucune information médicale n'est demandée ici. Si l'assureur en a besoin, il vous l'adresse directement et elle reste confidentielle.

DÉCLARATION ET SIGNATURE

Je certifie l'exactitude des informations ci-dessus, qui servent de base à l'étude et, le cas échéant, au contrat. Toute réticence ou fausse déclaration expose aux sanctions des articles L.113-8 et L.113-9 du Code des assurances. Les données recueillies sont traitées par ASSUDIRE pour l'étude de mes besoins et la gestion du contrat, dans les conditions du document d'entrée en relation (rubrique 8) ; j'accepte d'être recontacté(e).

Fait à : **Le :**

Le souscripteur

Signature

Cadre réservé à ASSUDIRE

Reçu le · conseiller · référence de l'étude