

QUESTIONNAIRE · PRÉVOYANCE INDIVIDUELLE

Questionnaire prévoyance

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 : si l'assureur en a, il vous les pose lui-même, en toute confidentialité.

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. VOTRE SITUATION

Ce qu'il faut protéger si vous ne pouvez plus travailler.

Revenu net mensuel : € Personnes à charge :

Mensualités de crédits en cours : € / mois Prévoyance par votre employeur : ☐ Oui ☐ Non ☐ Je ne sais pasCode postal du domicile : Domicile en France : ☐ Oui ☐ Non ☐ Installation en cours

3. VOS CONTRATS ET VOTRE PROFIL

Ce qui vous couvre déjà, et les critères de tarif hors santé.

Contrat prévoyance existant : ☐ Aucun ☐ Oui, à revoir ☐ Oui, récent Assureur actuel : € / moisFumeur (12 derniers mois) : ☐ Non ☐ Oui Nature de l'activité : ☐ Bureau / sédentaire ☐ Manuelle / chantier
☐ Déplacements fréquents ☐ AutreSports pratiqués : ☐ Aucun sport à risque ☐ Sports mécaniques ☐ Plongée ☐ Sports aériens
☐ Montagne / escalade ☐ Sports de combat

4. VOS BESOINS

Formule souhaitée : ☐ Essentiel ☐ Confort ☐ Intégrale ☐ À conseiller

Garanties souhaitées : ☐ Capital décès ☐ Arrêt de travail ☐ Invalidité ☐ Rente éducation ☐ Rente de conjoint
☐ Perte totale d'autonomie

Capital décès souhaité : € **Indemnité journalière visée :** € / jour

Options : ☐ Doublement en cas d'accident ☐ Garantie hospitalisation ☐ Exonération des cotisations
☐ Franchise réduite

Date d'effet souhaitée : ☐ Dès que possible ☐ Dans le mois
☐ À l'échéance de mon contrat ☐ Plus tard

Budget visé : € / mois

Précisions, contraintes ou questions :

5. PIÈCES À JOINDRE

Des photos ou des scans suffisent.

☐ Dernier avis d'imposition ou bulletin de salaire ☐ Notice de la prévoyance employeur ☐ Conditions du contrat actuel
☐ RIB

Aucune information médicale n'est demandée ici. Le questionnaire de santé, s'il est exigé, vous est adressé directement par l'assureur et reste confidentiel.

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