

COORDONNEES DU CLIENT

Nom et Prénom :

Adresse :

Code postal :

Ville :

Tel :

Profession :

PERSONNES A ASSURER

	Nom	Prénom	Sexe	Date de naissance	En activité	Régime obligatoire
Vous					<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Conjoint					<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Enfant 1						
Enfant 2						
Enfant 3						

BESOINS

Entourez votre niveau au choix :

HOSPITALISATION :

100%	125%	150%	200%	300%	+
------	------	------	------	------	---

CONSULTATION MEDICALE :

100%	125%	150%	200%	300%	+
------	------	------	------	------	---

DENTAIRE :

100%	125%	150%	200%	300%	+
------	------	------	------	------	---

OPTIQUE :

0€	75€	150€	225€	300€	+
----	-----	------	------	------	---

MEDECINE DOUCE :

0 €	25€ /an (1 consultation)	35€ /an (2 consultations)	50 €/an (3 consultations)	+
-----	-----------------------------	------------------------------	------------------------------	---

APPAREIL AUDITIF

0€	150€	300€	450€	600€	+
----	------	------	------	------	---

GARANTIES SPECIFIQUES : _____

S'agit-il d'une reprise à la concurrence ? Oui Non

- Si OUI, auprès de quelle compagnie ?
- Si NON, depuis quand vous n'êtes plus assurés?

MODE DE PAIEMENT : Annuel Semestriel Trimestriel Mensuel

TYPE DE PAIEMENT : Chèque bancaire Prélèvement

INFORMATIONS :

Prospect qui vous a contacté prospect que vous avez démarché

Client de votre cabinet

Quel est le meilleur tarif obtenu ?

Auprès de quelle compagnie ?

Montant de franchise maximum accepté :

Prime actuelle :

Date d'effet du contrat :

Liste des compagnies déjà interrogées :

DEMANDES PARTICULIERES FORMULEES PAR LE CLIENT :

Le proposant certifie que les déclarations figurant sur le présent questionnaire d'étude sont conformes à la vérité et qu'elles doivent servir de base à l'établissement du contrat d'assurance qu'il désire souscrire.

Nous attirons votre attention sur le fait que ce questionnaire est un document contractuel, et que toute omission, toute déclaration fautive ou inexacte, pourrait entraîner la nullité du contrat ou poser le proposant signataire à supporter les sanctions prévues aux articles L113-08 ou L113-9 du code des assurances.

Délivrance du devis par notre Agence de souscription : il sera délivré pour une durée de validité à 1 mois

Nous vous remercions de ne pas nous interroger sans avoir un dossier complet

Fait à _____ le _____



DIFFUSION SANTE
38 Rue Carnot
BP 95
71304 MONTCEAU LES MINES CEDEX
Tél. : 03-85-67-76-60

Faire précéder la signature de la mention manuscrite « lu et approuvé »

Nous sommes intermédiaire en assurances, immatriculé sous le N° 07004490 à l'ORIAS et exerçant sous le statut de courtier. Vous pouvez retrouver ces informations sur le site de l'ORIAS à l'adresse suivante [http:// www.orias.fr](http://www.orias.fr) selon les dispositions prévues à l'article L520-1-II c du Code des Assurances)

En cas de réclamation :

Nous vous recommandons de prendre contact avec notre cabinet dans un premier temps ou par voie électronique : vous pouvez saisir par la suite le médiateur de PLANETE COURTIER à l'adresse suivante : mediation@planetecourtier.com

Vous pouvez également contacter l'Autorité du Contrôle Prudential et de Résolution (ACPR) à l'adresse suivante : 61 Rue Tailbout 75436 PARIS CEDEX 09.

Les informations recueillies sont nécessaires à l'appréciation et au traitement de votre demande d'assurance et les informations administratives peuvent faire l'objet d'un traitement informatisé. Conformément à la loi du 6 janvier 1978 modifiée, vous disposez d'un droit d'accès et le cas échéant de rectification de toutes informations vous concernant figurant sur ces fichiers en adressant par écrit votre demande à notre Cabinet.