

Complétez les réponses et cochez les documents transmis.

1 IDENTITÉ ET COORDONNÉES

Nom / raison sociale :

Date de naissance / SIRET :

Adresse :

Téléphone :

Adresse e-mail :

2 INFORMATIONS SUR LE RISQUE À ASSURER

Régime obligatoire de Sécurité sociale :

Profession / statut professionnel :

Personnes à couvrir et dates de naissance :

Garanties prioritaires (dentaire, optique...) :

Budget mensuel souhaité (€) :

Contrat actuel / échéance :

Date de prise d'effet souhaitée :

Bénéficiaire de CSS ? si applicable :

3 VOTRE BESOIN

☐ Personne seule

☐ Famille

☐ Hospitalisation renforcée

☐ Dentaire / optique renforcés

Assureur actuel / fin du contrat :

Date souhaitée :

Sinistres / événements à signaler (si existants) :

4 PIÈCES À JOINDRE SI DISPONIBLES

☐ Attestation de droits si demandée

☐ Pièce d'identité si demandée

☐ Contrat actuel si existant

☐ RIB si souscription

Autre information utile pour le devis :

Pièces supplémentaires possibles selon l'activité, le risque et le questionnaire de l'assureur.