

**ETUDE PERSONNALISEE
PREVOYANCE PROFESSIONNELLE**

Le présent document est établi conformément aux articles L5620-1-II ET R 520-2 du Code des Assurances. Il a pour finalité de définir vos besoins afin de vous proposer le contrat le plus adapté à votre situation. Vous y trouverez également des informations réglementaires relatives à notre cabinet

Nom :
Adresse :

Prénom :
Tél :
Mail :

Date de naissance :

Profession :

Situation familiale :

Autres personnes à assurer :

Situation professionnelle

Statut

Professionnel indépendant

Dirigeant non salarié

Gérant majoritaire
Gérant associé unique d'EURL
Autres gérants (SNC,SCP..)

Régime obligatoire

Artisan Commerçant Profession médicale Profession Para médicale

Autres profession libérale Agriculteur

Votre conjoint travaille dans l'entreprise

Conjoint collaborateur
Conjoint associé
Conjoint salarié

Revenus et charges

Votre dernier revenu annuel net déclaré :
Soit€/jour

Dividendes :

Vos frais généraux permanents (déclarés au bilan) :

Les risques à garantir

Pour vous et votre famille

En cas de décès

- Assurer un capital à mes proches
- Assurer une rente pour l'éducation de mes enfants
- Assurer une rente pour mon conjoint

En cas d'arrêt de travail

- Garantir le maintien de mes revenus
- M'assurer un revenu minimum pour faire face aux dépenses du quotidien

En cas d'invalidité

- En cas d'invalidité Garantir le maintien de mes revenus
- M'assurer un revenu minimum pour faire face aux dépenses du quotidien

En cas de frais de santé

- Garantir le remboursement de mes frais de soin
- Ceux de mon conjoint
- Ceux de mes enfants

Pour assurer la pérennité de votre entreprise

En cas d'arrêt de travail ou d'invalidité

Garantir la prise en charge de mes frais généraux

Garantir la prise en charge des frais de remplacement

Pour le conjoint collaborateur non rémunéré

En cas de décès

- Assurer un capital à mes proches

En cas d'invalidité ou d'arrêt temporaire

- M'assurer un revenu minimum pour faire face aux dépenses du quotidien

Date d'effet de l'assurance souhaitée :

Je souhaite bénéficier du dispositif Madelin

- Pour l'intégralité de ma cotisation (garantie décès sous forme de rente)
- Pour l'intégralité de ma cotisation à l'exception de la garantie décès en capital

Notre proposition

Après analyse de votre situation et de vos besoins, et des différents contrats proposés par les entreprises avec lesquelles nous travaillons dans le domaine de l'assurance prévoyance, je vous propose de souscrire le contratauprès de la compagnie..... ;

Commentaires

Nous attirons votre attention sur l'importance de la sincérité des réponses que vous apportez aux questions posées par l'assureur lors de la souscription au contrat. Toute fausse déclaration peut vous exposer à une annulation de votre contrat et à l'absence de couverture en cas de sinistre.

Informations générales sur notre cabinet

Nous sommes intermédiaire en assurances, immatriculé à l'Orias sous le statut de courtier. Vous pouvez retrouver ces informations à l'adresse suivante www.orias.fr.

En cas de réclamation, nous vous recommandons de prendre contact avec notre cabinet dans un premier temps. Vous pouvez également contacter l'Autorité du contrôle et des mutuelles (ACAM) à l'adresse suivante : 61 rue Taitbout 75436 PARIS cedex 09.

Je reconnais avoir pris connaissance du contenu du présent document préalablement à la signature du contrat d'assurance proposé ci dessus et en avoir reçu un exemplaire. Je déclare avoir reçu une information sur l'étendue et la définition des garanties proposées.

Fait en deux exemplaires

Le

Signature du client