

DEVIS ASSURANCE DE PRET

Si vous souhaitez obtenir un tarif pour une complémentaire santé, il vous suffit de renseigner l'ensemble des champs ci-dessous et de nous retourner le document par courrier ou par fax.

Dès réception, nous traitons votre demande dans la journée !



LES ASSURES

Assuré(e) 1 :

Nom : _____

Prénom : _____

Adresse : _____

Né(e) le : _____

Profession exacte : _____

Fumeur* : oui non

Pratique d'un sport : oui non

Si oui le(s)quel(s) : _____

Préciser si amateur ou compétition

Assuré(e) 2 :

Nom : _____

Prénom : _____

Adresse : _____

Né(e) le : _____

Profession exacte : _____

Fumeur* : oui non

Pratique d'un sport : oui non

Si oui le(s)quel(s) : _____

Préciser si amateur ou compétition

* L'assuré peut se déclarer non fumeur s'il ne fume pas ou s'il a arrêté depuis plus de 24 mois sans que cet arrêt soit à la demande expresse du corps médical

LE PRET

Montant : _____ €

Durée : _____ mois

Taux : _____ % Taux fixe Taux variable In Fine

Taux de couverture par assuré : 100 % 50 %

LES GARANTIES

Décès

Perte Totale et irréversible d'autonomie

Incapacité temporaire totale / Invalidité \geq 66 %

Incapacité temporaire totale/ Invalidité \geq 33% et $<$ 66%

Exonération des cotisations avec une franchise de 30 jours 60 jours 90 jours ou 180 jours

Remarques :