

Demande de Pré-étude Risques Aggravés (*)

ASSURÉA SOLUTIONS

Une offre capable de répondre à toutes demandes d'assurance emprunteur : risques aggravés de santé, professions à risques, sportifs de haut niveau ..., grâce à un processus étudié pour identifier le contrat le mieux adapté et le plus avantageux en matière de garanties et de tarifs.

les + Assurée Solutions :

- Un seul dossier à déposer
- Plusieurs compagnies interrogées simultanément
- Un gain de temps
- Des contrats spécialement étudiés pour les profils particuliers et situations hors normes

ATTENTION :

La demande de tarification et le questionnaire de santé doivent être ENTIÈREMENT complétés, datés, signés et ne comporter aucune rature.

Documents originaux à retourner :

- 1 • La demande de pré-étude,
- 2 • Le(s) questionnaire(s) médical(aux),(**) à compléter aussi précisément que possible. Si vous répondez « Oui » à une ou plusieurs questions, il faut obligatoirement indiquer le motif ainsi que la date.
- 3 • Tout document de votre dossier médical personnel que vous voudrez bien communiquer,(**)
- 4 • Le questionnaire « risque de séjour », « professionnel » ou « sportif » le cas échéant pour les activités à risque,

Le dossier peut être envoyé par e-mail à medical@multi-impact.com

() Ces documents peuvent être placés sous enveloppe confidentielle en indiquant « Confidentiel, à l'attention du Médecin Conseil ». Cette enveloppe sera incluse dans l'enveloppe contenant l'ensemble des pièces.**

Adresse pour l'envoi des pièces originales :
**Service médical MULTI-IMPACT
Gestion Emprunteur ASSUREA
41/43 Avenue Hoche – CS 110002
51687 REIMS Cedex**

Informatique et Libertés

Conformément aux dispositions de la loi 78 – 17 du 6 janvier 1978, vous pouvez demander communication et rectification de toute information vous concernant qui figurerait sur tout fichier à l'usage de Multi-Impact, de ses assureurs, réassureurs ou des organismes professionnels. Il suffit de vous adresser au **Service Informations Clients – Multi-Impact – CS 110002 – 51687 REIMS CEDEX.**

(*) Cette pré-étude vaut uniquement pour devis et n'a aucun caractère contractuel.

AFIN DE CONTRACTUALISER L'ETUDE IL FAUDRA FOURNIR LES ELEMENTS PREVUS AU REGARD DE LA GRILLE DES FORMALITES CONTRACTUELLES (MEDICALES, FINANCIERES ET RISQUES SPECIAUX) DE L'ASSUREUR CHOISI.

Demande de Pré-étude Risques Aggravés (*)

CADRE RÉSERVÉ À L'INTERMÉDIAIRE EN ASSURANCE	CONSEILLER AGRÉÉ
Numéro simulation : _____ Nom / Prénom du conseiller : Daphné Frappé Code du point de vente : 812131 Référence (facultatif) :	TMassurances Leboncourtier 18, rue du quartier 57100 THIONVILLE Tél : 0354543368 Mail : contact@leboncourtier.fr

ASSURE	
<input type="checkbox"/> M. <input type="checkbox"/> Mme Nom : _____ Prénom : _____ Date de naissance : _____ Lieu : _____ Dpt ou Pays : _____ Nationalité : _____	• Statut : Salarié cadre • Profession exacte : _____
Avez-vous consommé du tabac (y compris cigarettes électroniques) au cours des 24 derniers mois, même occasionnellement ou avez-vous dû arrêter de fumer suite à la demande expresse du corps médical ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Nombre de km professionnels/an (hors trajet domicile/travail) : <input type="checkbox"/> - de 20 000 km/an <input type="checkbox"/> + de 20 000 km/an	
Exercez-vous une activité professionnelle avec travaux manuels ? <input type="checkbox"/> Non – Aucun ou occasionnel <input type="checkbox"/> Oui – Avec travail manuel léger ou de précision, sans utilisation d'outillage mécanique lourd, à bois, d'explosifs, d'échafaudages <input type="checkbox"/> Oui – Avec travail manuel moyen ou important, avec utilisation d'outillage mécanique lourd, et/ou à bois, et/ou avec utilisation occasionnelle d'explosifs, et/ou d'échafaudages	
Pratiquez-vous régulièrement un sport à risques et souhaitez-vous être couvert pour cette pratique ? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui – Le(s)quel(s) : _____	
Exercez-vous ou avez-vous exercé au cours des 12 derniers mois pour le compte de l'Etat Français ou d'un Etat étranger, des fonctions politiques, juridictionnelles ou administratives (parlementaire, ambassadeur, membre de la direction d'une entreprise publique...) ? <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI	
Est-ce que l'un de vos proches (membre direct de votre famille ou personne étroitement associée) exerce ou a exercé au cours des 12 derniers mois pour le compte de l'Etat Français ou d'un Etat étranger, des fonctions politiques, juridictionnelles ou administratives ? <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI	
<u>Vos coordonnées :</u> Adresse actuelle : _____ Code postal : _____ Ville : _____ Tél : _____ Portable : _____ E-mail : _____	Adresse future : _____ Code postal : _____ Ville : _____ Date prévue de déménagement : _____

ORGANISME PRETEUR BENEFICIAIRE
Nom organisme prêteur : _____ Adresse : _____ Code postal : _____ Ville : _____ Tél : Fax :
Date prévue de signature de l'offre de prêt (date d'effet) :/...../.....

Demande de Pré-étude Risques Aggravés (*)

CARACTERISTIQUES DU (DES) PRET(S)

Objet du(des) prêt(s) :
 achat construction professionnel consommation autres, précisez :

En-cours auprès des compagnies sollicitées : € (**Compagnie :**)
Franchise (en jours) : 30 60 90 120 180

	Montant initial du prêt (en €)	Type de prêt (amortissable, in fine, lissé, ...)	Durée (en mois)	Différé (en mois)	Taux d'intérêt (en %)	Garanties souhaitées (voir détail ci-dessous)	Quotité à assurer (en %)
Prêt 1		Amortissable		0	1	A / B / D / F	
Prêt 2							
Prêt 3							
Prêt 4							
Prêt 5							
Prêt 6							

A : DC/PTIA

B : Incapacité Temporaire Totale / Invalidité Permanente Totale (ITT/IPT)

C : Invalidité Permanente Totale (IPT)

D : Invalidité Permanente Partielle / Incapacité Temporaire Partielle (IPP/ITP)

E : Invalidité Professionnelle Permanente (IPPRO)

F : Option rachat des Maladies Non Objectivables (MNO) :

troubles de la colonne vertébrale et affection du psychisme

G : Perte d'Emploi (PE)

H : DC Seul (pour les séniors)

SIGNATURE

Je déclare remplir une demande de pré-étude en assurance emprunteur dans le cadre de la convention AERAS et/ou dans le cadre d'un risque particulier (médical, professionnel, de loisir, sportif, de séjours à l'étranger, autre activité spécifique).

Je reconnais être informé(e) que les réponses aux questions posées sont obligatoires pour la gestion de ma demande de pré-étude par MULTI-IMPACT, responsable du traitement de mon dossier.

Je certifie donner pouvoir au centre de gestion MULTI-IMPACT pour faire les recherches nécessaires en vue de l'obtention d'une proposition d'assurance emprunteur.

Je déclare être informé(e) que MULTI-IMPACT, responsable de l'instruction de ma demande de pré-étude, peut communiquer mes réponses ainsi que les données me concernant qu'il pourrait ultérieurement recueillir à l'occasion de la gestion de mon dossier, aux assureurs, réassureurs, organismes professionnels habilités dans la mesure où cette transmission est nécessaire à la gestion de mon dossier, et/ou à l'obtention d'une proposition d'assurance emprunteur.

Je reconnais avoir reçu ce jour le dépliant relatif aux recommandations de la convention AERAS et en avoir pris connaissance. www.aeras-infos.fr

Je dispose d'un droit d'accès et de rectification auprès du Service Informations Clients – MULTI –IMPACT – CS 110002 – 51687 REIMS CEDEX.

La durée de validité des présentes déclarations est de 180 jours. Au delà de cette durée, après signature du présent document, la décision de l'assureur ayant fait une proposition de « Garanties Emprunteur », pourrait être subordonnée au renouvellement des formalités.

A le .../.../.....

Signature de l'assuré(e) précédée de la mention manuscrite « Bon pour accord »