



Mieux vous connaître afin de mieux vous conseiller

Coordonnées personnelles :

Monsieur	Nom :	Prénom	date de naissance :
Madame	Nom :	Prénom	date de permis :
			date de naissance :
			date de permis :
Situation familiale :			
	Célibataire	Marié	Divorcé
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Pacsé
			<input type="checkbox"/>
			Concubinage
			<input type="checkbox"/>
Enfants (Prénom et date de naissance) :			
	-	-	
	-	-	
Adresse postale :			
Code postal :		Ville :	
Téléphone :			
Mail :			

Si on parlait de vous ?

- Qu'attendez-vous de votre assureur ?
- Connaissez-vous votre budget assurance ?

Assurances véhicules :

- Avez-vous des crédits auto en cours : oui non
- Avez-vous un projet d'achat de véhicule : oui non

	Véhicule 1	Véhicule 2	Véhicule 3	Véhicule 4
Marque/Modèle				
Immatriculation				
Date de 1ère MEC				
Valeur à neuf				
Usage du véhicule				
Lieu de stationnement				
Kilométrage annuel				
Bonus/Malus				
Conducteur principale				
Garantie souhaitées				

- Accident responsables au cours des 3 dernières années oui non
- Accidents non responsables au cours des 3 dernières années oui non
- Jeunes conducteur : oui non
- Si oui, date de permis :

Assurances habitations :

Avez-vous un prêt en cours : immobilier travaux/aménagement

Si oui, durée restante :

	Habitation 1	Habitation 2	Habitation 3	Habitation 4
Nombre de pièces	< 40 m ² :			
	de 40 à 80m ² :			
	> 80 m ² :			
Adresse				
Code postal				
Ville				
Usage (principal/secondaire)				
Type (propriétaire/locataire)				
Nombre de porte principale				
Année de construction				
Etage				
Garanties souhaitées				

Autres caractéristiques de votre habitation :

- Matériaux de construction non standards (colombage)
 Cheminée, poêle, insert – installée par un professionnel
 Vérandas, si oui, quelle surface :
 Présence de dépendance, si oui, quelle surface :

Avez-vous un jardin : oui non
surface :

Piscine : oui non

Avez-vous des aménagements extérieurs : oui non

Si oui, lequel :

Avez-vous été victime d'un cambriolage : oui non

Avez-vous une alarme : oui non

A combien estimez-vous le contenu de votre habitation :

25 000 50 000 +50 000

Assurances de personnes :

Bénéficiez-vous d'un contrat mutuelle groupe : oui non

Si non, quels sont vos besoins :

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Optiques (lunette ou lentilles) | <input type="checkbox"/> Couronnes | <input type="checkbox"/> Couronnes sans métal |
| <input type="checkbox"/> Ostéopathie | <input type="checkbox"/> Implants | <input type="checkbox"/> Consultation de spécialistes |
| <input type="checkbox"/> Orthodontie | <input type="checkbox"/> Médecine Douce | <input type="checkbox"/> Chambre particulières |

Avez-vous mis en place des solutions pour faire face à des situations plus graves :

Assistance : oui non

Invalidité : oui non

Décès : oui non

Est-ce des sujets importants à vos yeux : oui non

Vous est-il déjà arrivé d'avoir un accident de vie privée ou un membre de votre entourage : oui non

Vos enfants et vous-même pratiquez-vous des activités sportives, bricolage ou jardinage : oui non

Préparer l'avenir :

Quels sont vos objectifs en matière d'épargne :

Quels sont les supports sur lesquels vous épargnez : Livret A PEL LDD PEA Assurance Vie

Avez-vous prévu un complément de revenus pour votre retraite : oui non