

# BILAN CONSEIL "Je Gagne en Assurance"

OUI, je souhaite obtenir un bilan de mes assurances et recevoir

**jusqu'à 150 euros par chèque cadeaux\*** pour toute souscription et/ou parrainage souscripteur d'un contrat d'assurances  
 \* (3 chèques de 30 € par contrats souscrits)

ASSURÉS

▶ \*Nom ..... ▶ \*Prénom .....

▶ \*Compagnie (s) actuelle (s) d'assurance (s) .....

▶ \*Adresse : ..... \*Madame \*Monsieur \*Profession

▶ \*CP |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| VILLE : ..... ▶ \*Age  |  |

▶ \*Revenus  |  |


▶ \*N° de téléphone

▶ \*Courriel/email ..... (pour zéro emission Co2)

▶ \*Situation familiale  Célibataire  Concubin (e)  Pacsé(e)  Marié(e)  Divorcé(e)


▶ \*Nbre d'enfant(s) |\_\_| \*Age

AUTOS

▶  \* Marque et Model ..... \*Tiers ou Tous risque ..... \*Conducteur du véhicule ..... \*Coefficient Bonus / Malus   \* Novice

▶ Auto Moto  |  |  |

▶ Auto Moto  |  |  |

▶  Souhaitez-vous bénéficier du dépannage en bas de chez vous pour tous les événements (pannes, crevaisons, perte et bris de clés, erreur de carburant....) ? ▶  **oui**

▶ Souhaitez-vous bénéficier d'une garantie complète qui assure votre véhicule à hauteur de sa valeur d'achat, pendant les 3 premières années en cas de vol ou de destruction ? ▶  **oui**

**\*PIECE A JOINDRE : Copie carte grise, permis de conduire, relevé d'informations de l'assureur.**

MAISONS

▶ **Votre Complémentaire Santé ou Surcomplémentaire (Adhésion 2016 / 2017)**

Nom de la compagnie : ..... ▶ \*Nombre d'adultes

Nom de votre agent /courtier : ..... ▶ \*Nombre d'enfants


\*Montant de votre prime mensuelle : ..... € **Besoin d'un Forfait :**

\*Quelles garanties recherchez-vous ?  ▶ Dentaire  **oui**

▶ Optique  **oui**

\*Pour quel budget mensuel ?  € ▶ Dépassement d'honoraire  **oui**

▶ Souhaitez-vous notre Protection Juridique ?  **oui** (santé, conso, travail, logement, loisir...)



**\*PIECE A JOINDRE : Copie tableau garantie, Conditions générales, attestation vitale.**

**Alliance Partners Assurances - Arêv'Assurances, SAS cabinet de courtage au capital de 50 000 €**  
**RCS 504 599 655 PARIS - Orias 08 044 192 - Assurance RC PRO AON FN 4448**  
**Adresse Postale : 48 rue Sarrette 75685 PARIS CEDEX 14**

*\*ATTENTION : les données signalées par un astérisque sont nécessaires pour le traitement de votre demande de bilan d'Assurances. Le défaut de communication de ces données aura pour seule conséquence d'empêcher son traitement, merci d'en prendre compte*

J'accepte de recevoir des offres commerciales de la part de mon Courtier Alliance Partners Assurances ou Arêv'Assurances, par mail SMS, MMS ou courriers. Les données à caractère personnel recueillies par votre Courtier, en qualité de responsable du traitement, sur la fiche **BILAN CONSEIL "Je Gagne en Assurance"** seront utilisées pour les finalités suivantes : Traitement de la demande de diagnostic assurances, offre commerciale. Les demandeurs déclarent accepter le traitement informatisé des informations recueillies à cette occasion et pourront également, à tout moment, conformément à la loi, accéder aux informations, les faire rectifier si nécessaire.
   
**En aucun cas, vos informations ne seront communiqués à des tiers à des fins commerciales.**

HABITATION



*Résidence principale Valeur : ..... € (1)PRD : ..... € <input type="checkbox"/> propriétaire <input type="checkbox"/> locataire	*Résidence secondaire Valeur : ..... € (1)PRD : ..... € <input type="checkbox"/> propriétaire <input type="checkbox"/> locataire	*Investissement Locatif Valeur : ..... € (1)PRD : ..... €
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------

► Adresse : .....  
 .....  
 .....

(1) (Prêt Restant Dû) ..... \*Loyers encaissés / an

<input type="checkbox"/> Appartement - Etage : [ ]	<input type="checkbox"/> Appartement - Etage : [ ]	<input type="checkbox"/> Appartement - Etage : [ ]
<input type="checkbox"/> Maison	<input type="checkbox"/> Maison	<input type="checkbox"/> Maison

► \*Nbre Pièces [ ] | [ ] <40m2 > 40m2      [ ] | [ ] <40m2 > 40m2      [ ] | [ ] <40m2 > 40m2

► Dépendances ..... m2      Véranda ..... m2

► Souhaitez-vous inclure l'assurance scolaire ?  OUI

► Avez-vous subi au cours des 36 derniers mois un sinistre ?

\* si oui lequel \_\_\_\_\_

► Souhaitez-vous recevoir une solution d'investissement immobilier de Type : Loi PINEL, LMNP, FONCIER ?  OUI

PROTECTION FAMILIALE

► En cas de décès (Assurance Décès)

- Si quelque chose devait arriver à l'un d'entre vous, avez-vous prévu un capital pour aider vos proches ?

- \*Si OUI, (par votre entreprise ou à titre individuel), quel montant en capital serait versé à vos proches [ ] €

- Si NON, et selon vous, quel montant de revenus mensuels ou capital, vos proches, auront ils besoins, pour faire face à cette situation et pour quelle durée ?

[ ] € / mois ou Capital\*

[ ] Durée choisie\*



► En cas d'accidents de la Vie (G.A.V)

Avez-vous pensé à une solution en cas d'accident de :

- Vos enfants
- Votre conjoint
- Vous-même

► Garantie Obsèque : pour un capital de 5 000 €, souhaitez-vous recevoir cette information ?  OUI

► Perte d'Autonomie (Assurance Dépendance) souhaitez-vous recevoir une solution ?  OUI

► Souhaitez-vous recevoir une solution de placement d'ASSURANCE VIE ?  OUI

► Autre (s) demande (s) \_\_\_\_\_

Ce que la Sécurité Sociale vous Indemnises en 2016 (2)

- Un capital décès insuffisant d'un montant Forfaitaire de **3 404 € maximum !**
- Une indemnité partielle en cas d'arrêt de Travail, accident ou maladie Indemnité maximum de **43,40€/jour.**
- Une pension d'invalidité non adaptée à l'incapacité professionnelle (cat.1, pour un montant maximum de **965 € mensuel.**

En France, en 2016 + de 8millions de personnes ont été victimes d'accidents de la vie, faisant + ou - **20 000 tués !**

(2) source www.ameli.fr