



## ETUDE PERSONNALISEE, GRATUITE ET CONFIDENTIELLE.

**BILAN CONSEIL** conforme aux articles L520-1 et R520-2 du Code des Assurances.

UTILISER UN STYLO BILLE NOIR - APPUYER FORTEMENT - ECRIRE LES NOMS EN MAJUSCULES -  COCHER LES REPONSES POSITIVES

Mlle  Mme  Mr NOM : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Résidence  Imm.  Bât  Entrée  Etage  Appart : \_\_\_\_\_

N° : \_\_\_\_\_ Rue, Av, Bd, Lieu dit : \_\_\_\_\_

CP : \_\_\_\_\_ VILLE : \_\_\_\_\_

N° Tél Fixe : \_\_\_\_\_ N° Tél Mobile : \_\_\_\_\_

Courriel (EN MAJUSCULES) : \_\_\_\_\_

Chère Madame, Chère Mademoiselle, Cher Monsieur,

La présente étude est établie pour définir et finaliser vos besoins afin de vous proposer une complémentaire santé ou mutuelle et une formule de prévoyance, les mieux adaptées à vos attentes et à votre situation, tout en respectant votre budget.

Ce document retrace notre dialogue et nos échanges, qui nous ont permis ensemble de :

- Préciser votre situation personnelle, professionnelle et familiale,
- Analyser vos besoins et ceux de votre famille en matière de consultations et soins médicaux,
- Définir vos exigences en matière de couverture de vos Frais médicaux, de Protection et de Prévoyance (Hospitalisation, Dentaire, Optique, Indemnité Journalière, Obsèques, Rente etc...),
- Mettre en évidence l'adéquation de l'offre que nous allons sélectionner et adapter ensemble.

***Nous vous informons que pour établir notre proposition, notre Cabinet représente et interroge systématiquement des Compagnies d'assurances et des Mutuelles de premier ordre.***

Nous sommes Courtier en assurances, immatriculé à l'ORIAS sous le numéro 08 044 192 [les immatriculations sont vérifiables sur le site officiel de l'ORIAS : [www.oriass.fr](http://www.oriass.fr)].

AREV' ASSURANCES agit dans le seul intérêt du souscripteur à travers son réseau de Consultants Mandataires en sélectionnant soigneusement différents contrats auprès de Compagnies d'assurances ou Mutuelles qui en supportent les risques, avec qui il n'a aucun lien capitalistique et dont les noms sont disponibles sur simple demande.

***Vos réponses sont essentielles, puisqu'elles servent de fondement commun à nos échanges, notre réflexion et à l'offre qui vous sera proposée. A défaut, l'appréciation de votre situation ne pourrait être que partielle, voir même erronée, et serait de nature à remettre en question la qualité de notre Conseil.***

### PERSONNES DU FOYER A GARANTIR :

[cf. Attestation(s) Vitale]	NOM	PRENOM	NE(E) LE	PROFESSION	REGIME SOCIAL
VOUS					
CONJOINT(E)					
ENFANT 1					
ENFANT 2					
ENFANT 3					
ENFANT 4					

Observations sur la situation familiale : \_\_\_\_\_

PARAPHEZ :

# SANTE - Pour vous et votre famille.

ACTES Sécurité Sociale	ANALYSE DE VOS BESOINS	OUI	NON
<b>HONORAIRES MEDICAUX</b>	<i>Niveau de Remboursements et couvertures souhaités ?</i>		
	100 % de la Base de Remboursement de la Sécurité Sociale		
	Dépassements d'Honoraires (Généraliste, visites, Spécialistes)		
	Médecine Naturelle (Phytothérapie, Acupuncture, Ostéopathe, Homéopathes, etc...)		
	Automédication (Médicaments prescrits ou non prescrits)		
<i>Remarques :</i>			
<b>HOSPITALISATION</b>	<i>Attendez-vous un heureux événement ?</i>		
	Honoraires à 100 % de la Base de Remboursement de la Sécurité Sociale		
	Dépassements d'Honoraires (Anesthésie, Chirurgie, etc...)		
	Frais de Séjour et Forfait journalier Hospitalier		
	Chambre Particulière (supplément journalier)		
	Avez-vous une Hospitalisation prévue à venir < 12 mois ?		
<i>Remarques :</i>			
<b>DENTAIRE</b>	<i>Avez-vous un besoin particulier ?</i>		
	Soins dentaires		
	Appareillage & Orthodontie		
	Prothèses & Implants		
	Avez-vous une Prothèse ou autre besoin dentaire à venir < 12 mois ?		
<i>Remarques :</i>			
<b>OPTIQUE</b>	<i>Avez-vous un besoin particulier ?</i>		
	Verres correcteurs et monture classique, lentilles		
	Verres progressifs et / ou monture de marque, lentilles non remboursées		
	Opération cataracte - Opération laser myopie		
	Avez-vous besoin d'une Monture ou autre à venir < 12 mois ?		
<i>Remarques :</i>			

Autres Besoins et Observations : \_\_\_\_\_

Cas particuliers :  Contrat éligible à la déductibilité « loi Madelin »  Aide pour une Complémentaire Santé « Crédit d'impôt » [Attestation Originale]

**GARANTIE ACTUELLE :**  Aucune Complémentaire ou Mutuelle  Actuellement couvert par le Contrat Complémentaire suivant :  
 CMU complémentaire (pas de proposition santé de notre part)  CMU se terminant le : \_\_\_\_\_  Contrat collectif par l'entreprise :  obligatoire  facultatif  
 Contrat individuel  Compagnie ou Mutuelle : \_\_\_\_\_

Produit / Garanties : \_\_\_\_\_ Depuis quand ? \_\_\_\_\_  Cotisation ou  Budget mensuel : \_\_\_\_\_ €

Je désire avoir des Garanties similaires pour un Tarif inférieur ou égal.  Je désire avoir de meilleures Garanties pour un Tarif plus ou moins équivalent.

Autres Souhaits : \_\_\_\_\_

Le cas échéant, date de prise d'effet souhaitée : \_\_\_\_\_ [certaines garanties, soumises à délai d'attente, peuvent avoir une date d'effet différente du contrat]

→ Les garanties répondant à votre situation, besoins, exigences et budget parmi les contrats que nous avons sélectionnés seraient :

1 -
2 -
3 -

**PROPOSITION RETENUE :**

**MOTIF :**

→ Nous vous proposons de souscrire ce contrat selon les modalités de la demande d'adhésion qui sera soumise à votre signature.

En cas d'acceptation de cette proposition, le souscripteur délègue au Courtier, à ses frais, la formalité d'expédition de la lettre recommandée de résiliation de son contrat actuel, qu'il lui remettra signée, et il s'engage à conserver l'Accusé de Réception qu'il recevra.

n° du Contrat Santé à Résilier : \_\_\_\_\_ et/ou n° d'Adhérent : \_\_\_\_\_

**PARAPHEZ :**

# PREVOYANCE - s'assurer de votre pérennité financière.

Quelle est votre situation actuelle ?	VOUS	VOTRE CONJOINT (E)
Revenu <input type="checkbox"/> Annuel <input type="checkbox"/> Mensuel <input type="checkbox"/> Brut ou <input type="checkbox"/> Net		
Charges fixes et dépenses de vie		
Logement(s) (propriétaire, locataire)		
Profil Patrimonial : Préparation de votre Retraite		
<b>Formules de Prévoyances actuellement en cours :</b>	Autre que ci-dessous :	Autre que ci-dessous :
INDEMNITE JOURNALIERE HOSPITALIERE	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI montant :	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI montant :
CONTRAT FRAIS D'OBSEQUES	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI montant :	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI montant :
ASSURANCE CAPITAL INVALIDITE DECES	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI montant :	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI montant :

Obs. / sit. patrimoniale & prévoyance : \_\_\_\_\_

## EVENEMENTS & PERSONNES A SECURISER :

Analyse de vos besoins : \_\_\_\_\_

→ Compte tenu des informations que vous nous avez communiquées, nous vous proposons de souscrire à (aux) l'offre(s) suivante

	CONTRATS & MONTANTS A GARANTIR			
	I. J. HOSPITALIERE	FRAIS D'OBSEQUES	CAPITAL EN CAS D'INVALIDITE ou DECES	AUTRE PROPOSITION
VOUS				
CONJOINT(E)				
ENFANT(S)				

Celle(s)-ci constitue(nt) une (des) solution(s) au regard de votre situation et des besoins que vous avez exprimés, dans le respect de votre budget et sous réserve des exclusions et limitations pouvant résulter de vos déclarations.

## PROPOSITION(S) RETENUE(S) :


→ Nous vous proposons de souscrire ce(s) contrat(s) selon les modalités de(s) la demande(s) d'adhésion qui sera (seront) soumise à votre signature.

• Vous reconnaissez avoir reçu un exemplaire du présent document d'INFORMATIONS & CONSEILS avant la souscription d'un Contrat d'Assurances, et nous vous invitons à le conserver avec l'exemplaire de la (des) Demande(s) d'Adhésion(s) vous revenant.

Fait en deux exemplaires, à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

### Le Consultant :

Prénom NOM : \_\_\_\_\_

N° ORIAS (si Mandataire) : \_\_\_\_\_

Signature :

### L'Adhérent Souscripteur :

« lu et approuvé » (mention manuscrite) : \_\_\_\_\_

Signature :

EXEMPLAIRE 1 (Original) → COURTIER - EXEMPLAIRE 2 → SOUSCRIPTEUR - AUCUNE MODIFICATION NE DOIT ETRE FAITE APRES LA SEPARATION DES 2 EXEMPLAIRES.  
INFO FINANCIERE : Le Consultant ne peut accepter du souscripteur ni espèces ni chèque à son nom ou au nom du Courtier. Tout chèque doit être à l'ordre de la Compagnie ou Mutuelle.

- En cas de réclamation : 1) Nous vous recommandons de nous adresser votre réclamation par courriel envoyé à : mediation@arevassurances.fr ou par courrier posté à : AREV' ASSURANCES - Service Médiation - 48 rue Sarrette - 75685 PARIS Cedex 14.  
2) Vous pouvez saisir l'Autorité de Contrôle Prudentiel à l'adresse suivante : ACP - 61 Rue Taitbout - 75436 PARIS Cedex 09.
- En application de la loi informatique et libertés du 06/01/1978, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition pour toute information personnelle vous concernant en écrivant à : Arev' Assurances - Service Médiation - 48 rue Sarrette - 75685 PARIS Cedex 14.

AREV' ASSURANCES est un service d'ALLIANCE PARTNERS ASSURANCES - S.A.S. de Courtage d'Assurances au Capital de 50.000 €  
RCS & SIRET 504 599 655 00025 PARIS - Responsabilité Civile Professionnelle conforme à l'article R 512-14 du Code des Assurances

→ Pour le suivi de votre Dossier, Vous pouvez contacter VOTRE CONSULTANT, ou notre Siège : mon-adhesion@arevassurances.fr  
Tél : 01 40 92 05 50 - Adresse Postale du Siège Social : AREV' ASSURANCES - 48 rue Sarrette - 75685 PARIS Cedex 14