



Assurances

Votre société indépendante
de courtage en assurances

ASSURANCE COLLECTIVE



POUR RENVoyer VOTRE DEMANDE, MERCI DE NOUS LA RETOURNER SOIT :

• **PAR COURRIER À**

PMC Assurances
26 Rue de la République
36000 CHÂTEAURoux

• **PAR FAX AU**

02 54 22 08 24
(Tél. 02 54 35 53 20)

• **PAR MAIL À**

contact@pmc-assurances.fr

www.pmc-assurances.fr

RCS CHÂTEAURoux 444 278 725 - ORIAS N° 07002261

Demande de tarification sur mesure

Merci de remplir une demande de tarification par collège à assurer

- ☐ Standard selon CSE ou PCE
☐ Sur mesure suivant cahier des charges

Identité de l'entreprise

Raison sociale du siège

Domiciliation du siège

Siret Code NAF

Convention collective applicable

Effectif total de l'entreprise : Cadres Non Cadres

Filiales à assurer

Raison sociale et domiciliation

Données démographiques

Pour chaque collège à garantir, fournir la liste des salariés avec les informations suivantes (utiliser le tableau au verso)

Nom Prénom • Date de naissance • Sexe • Situation de famille • Nombre d'enfants à charge • Date d'entrée • Salaire annuel brut

Données démographiques majeures

	Nombre salariés	Nombre conjoint	Nombre enfants	Age moyen	Nombre femmes	Nombre célibataires sans enfant	Nombre familles	Masse salariale		
								TA	TB	TC
Cadres										
Non Cadres										
Ensemble du personnel										

Données relatives aux garanties en cours

Nom de l'assureur actuel

Taux de cotisations actuels

	En euros	Santé ou en % du PMSS	TA	Prévoyance TB	TC
Cadres					
Non Cadres					
Ensemble du personnel					

Fournir les conditions générales et les conditions particulières des garanties en cours

Données statistiques

Fournir le rapport SINISTRES À PRIMES DES TROIS DERNIERS EXERCICES

Fournir la liste des prestations en cours (en cas d'oubli, l'employeur engage sa totale responsabilité à l'égard de ces personnes)

- Rente de conjoint
- Rente éducation
- Rente invalidité (y compris pour les anciens salariés ne faisant plus partie de l'effectif)
- Incapacité de travail

Informations à fournir concernant les bénéficiaires d'une prestation (utiliser le tableau au verso)

Nom Prénom • Date de naissance • Sexe • Situation de famille • Nombre d'enfants à charge • Date de l'arrêt • Nature de l'arrêt • Montant atteint • Règle de revalorisation

Pour obtenir ces informations, si nécessaire, interroger l'assureur actuel

☐ Adhésion obligatoire	☐ Adhésion facultative (uniquement pour le "sur mesure")
---	---

Type de tarif souhaité

☐ Uniforme	☐ Isolé/Famille	☐ Adulte/Enfant (obligatoire en santé facultative)
-----------------------------------	--	---

Régime de base ☐ Sécurité sociale ☐ Régime local Alsace-Moselle

☐ Santé CSE	Projet 1	Projet 2	☐ Sur mesure (joindre le cahier des charges)
Niveau hospitalisation	☐	☐	
Niveau soins médicaux	☐	☐	
Niveau optique	☐	☐	
Niveau dentaire	☐	☐	

Tiers payant pharmacie ☐ Oui ☐ Non **Packs individuels** ☐ Oui ☐ Non

PRÉVOYANCE

☐ Adhésion obligatoire uniquement
 Date d'effet de la garantie

Type de tarif souhaité
☐ TA
 ☐ TA + TB
 ☐ TA + TB + TC

Base des garanties
☐ TA
 ☐ TA + TB
 ☐ TA + TB + TC*

*Si TC couverte ☐ taux de cotisation TC majoré de 25 %
 ☐ prestations sur TC réduites de 20 %

☐ **PRÉVOYANCE PCE**

Formule décès
 Formule rente de conjoint
 Formule arrêt de travail
 Franchise maladie
 accident
 hospitalisation

☐ **Sur mesure**

(joindre le cahier des charges)

[illegible][illegible]