



Assurances

Votre société indépendante
de courtage en assurances

ASSURANCE PRÉVOYANCE HORS NORME



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

• **PAR COURRIER À**

PMC Assurances
26 Rue de la République
36000 CHÂTEAUX

• **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 CHÂTEAUX 444 278 725 - ORIAS N° 07002261



Personne à assurer

M. Mme

NOM :

Prénom :

Nom de jeune fille :

Date de naissance : / / Lieu de naissance :

Nationalité : Tél. :

Situation de famille : Marié(e) Célibataire Divorcé(e) Veuf(ve) Concubin(e) Pacsé(e)

Profession actuelle : Secteur d'activité :

Adresse personnelle :

Code postal : Ville : Pays :

Souscripteur (si ce n'est pas l'assuré)

NOM ou RAISON SOCIALE :

Adresse :

Code postal : Ville : Pays :

Tél. : E-mail :

Caractéristiques de l'assurance

<input type="checkbox"/> Prévoyance familiale	<input type="checkbox"/> Prévoyance Homme-Clé	<input type="checkbox"/> Prévoyance Associés	<input type="checkbox"/> Prévoyance Droits de succession
Décès / PTIA ⁽¹⁾	Décès / PTIA ⁽¹⁾	Décès / PTIA ⁽¹⁾	Décès
Montant du capital : <input type="text"/> €	Montant du capital : <input type="text"/> €	Montant du capital : <input type="text"/> €	Montant du capital : <input type="text"/> €
<input type="checkbox"/> IPT ⁽²⁾	<input type="checkbox"/> IPT ⁽²⁾	Définitions des Garanties (1) Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (2) Invalidité Permanente et Totale - maximum : 5 000 000€ (3) Doublement Accident - maximum : 650 000 € (4) Incapacité Temporaire Totale avec Indemnités Journalières limitées à 1 000 € par jour (5) Exo en cas d'Incapacité Temporaire Totale - franchise 90 jours (6) Garantie provisoire décès accidentel - garantie en cas de décès accidentel pendant l'étude du dossier par la compagnie - maximum : 500 000 € et 45 jours (conformément à l'art. 12 des Conditions générales).	
<input type="checkbox"/> DA ⁽³⁾			
<input type="checkbox"/> ITT ⁽⁴⁾	<input type="checkbox"/> ITT ⁽⁴⁾		
Montant des IJ ⁽⁴⁾ <input type="text"/> €	Montant des IJ ⁽⁴⁾ <input type="text"/> €		
Franchise <input type="checkbox"/> 30 jrs <input type="checkbox"/> 60 jrs <input type="checkbox"/> 90 jrs	Franchise 90 jrs		
<input type="checkbox"/> Exonération du paiement des primes ⁽⁵⁾	<input type="checkbox"/> Exonération du paiement des primes ⁽⁵⁾		
Note de couverture provisoire ⁽⁶⁾	Note de couverture provisoire ⁽⁶⁾	Note de couverture provisoire ⁽⁶⁾	Note de couverture provisoire ⁽⁶⁾
Date d'effet souhaitée : <input type="text"/>	Date d'effet souhaitée : <input type="text"/>	Date d'effet souhaitée : <input type="text"/>	Date d'effet souhaitée : <input type="text"/>

Bénéficiaire(s) (en cas de décès)

CLAUSE TYPE : Mon conjoint non séparé, non divorcé, ou mon partenaire lié par un pacte civil de solidarité ou mon concubin notoire, à défaut mes enfants nés ou à naître, vivants, ou représentés en cas de prédécès, par parts égales, à défaut mes héritiers.

AUTRE : indiquer NOM(s), Prénom(s), date de naissance et adresse complète et précisez la relation entre Assuré et Bénéficiaire à défaut, mes héritiers.

Prévoyance Homme-Clé : indiquer le nom et l'adresse de l'entreprise souscriptrice :

Prévoyance Associés : indiquer les noms, prénoms et adresses des associés :

Prévoyance Droits de succession : indiquer le(s) nom(s), prénom(s), date(s) de naissance(s) et adresse(s) complète(s) :

NOM et PRÉNOM de l'assuré :

Assurances antérieures et souscriptions simultanées de l'assuré

(Attention ces éléments sont indispensables à l'établissement du dossier)

Reprise à la concurrence	<input type="checkbox"/> Non - <input type="checkbox"/> Oui, Précisez :		
Si OUI, joindre une copie de la police actuellement en cours			
Compagnie détentrice du contrat	<input type="text"/>		
Date de souscription	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	Prime annuelle TTC	<input type="text"/> €
Durée initiale	<input type="text"/>	Conditions d'acceptation	Tarif normal <input type="checkbox"/> Majoration <input type="checkbox"/>
Echéance	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	Motifs de la reprise	<input type="text"/>
Souscriptions simultanées	Le candidat est-il en cours de négociation avec d'autres compagnies d'assurance pour le même ou d'autres contrats ?		
	<input type="checkbox"/> Non - <input type="checkbox"/> Oui, Précisez :		
	1	2	3
Compagnie	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Montant des capitaux	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Assurances antérieures (Décès et Invalidité)	<input type="checkbox"/> Non - <input type="checkbox"/> Oui, Précisez :		
	1	2	3
Compagnie	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Montant des garanties décès	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Montant des garanties invalidité	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Rente Invalidité (montant)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Objet de l'assurance*	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Durée	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Date de souscription	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

* couverture d'emprunt, prévoyance familiale, couverture des droits de succession, ou autres couvertures décès (hors prévoyance collective et hors les produits de capitalisation et de retraite).

Déclaration Non-fumeur / Fumeur (à cocher impérativement pour bénéficier du tarif non-fumeur)

Je ne suis pas fumeur : je soussigné(e) déclare ne pas avoir fumé de cigarettes, cigares, pipes ou vaprette au cours des 24 derniers mois et ne pas avoir dû arrêter de fumer suite à la demande expresse du corps médical. Cette déclaration fait partie intégrante de mon contrat d'assurance, je prends acte qu'à ce titre toute fausse déclaration intentionnelle de ma part entraîne la nullité du contrat conformément à l'article L113-8 du Code des assurances.

Je suis fumeur

Prime de 1^{ère} année* (n'oubliez pas de joindre le mandat SEPA et votre RIB en cas de paiement par prélèvement automatique)

FRACTIONNEMENT	MODE DE PAIEMENT			
	Annuel	Semestriel	Trimestriel ⁽¹⁾	Mensuel ⁽¹⁾
Prévoyance familiale	<input type="text"/> €	<input type="text"/> €	<input type="text"/> €	<input type="text"/> €
Prévoyance Homme-Clé	<input type="text"/> €	<input type="text"/> €	<input type="text"/> €	<input type="text"/> €
Prévoyance Associés	<input type="text"/> €	<input type="text"/> €	<input type="text"/> €	<input type="text"/> €
Prévoyance Droits de succession	<input type="text"/> €	<input type="text"/> €	<input type="text"/> €	<input type="text"/> €

⁽¹⁾ Prélèvement automatique uniquement

* Le montant indiqué correspond à la prime estimée au cours de la première année. Ensuite cette prime évolue conformément aux dispositions de l'article 16 des Conditions Générales.

Souscription

Je soussigné(e) :

* déclare avoir reçu et pris connaissance des Conditions Générales PFA Assurances,

* déclare exacts les renseignements mentionnés dans la présente proposition d'assurance, dans le questionnaire de santé et dans le Rapport Moral et Financier. Je m'engage à déclarer dans les meilleurs délais toutes circonstances nouvelles survenues entre la date de signature de la présente proposition d'assurance et la date d'acceptation du risque par l'assureur et qui seraient de nature à modifier l'ensemble des déclarations contenues dans ce document. Toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle entraîne la nullité de l'assurance (Art. L. 113-8 du Code des assurances),

* déclare être informé que sauf couverture de la garantie provisoire décès accidentel décrite à l'article 12 des Conditions Générales jointes, le contrat d'assurance prend effet à l'encaissement de la première prime par PFA Assurances. La date d'effet du contrat est indiquée aux Conditions Particulières.

* accepte de réduire le délai de pré-notification dans le cadre du prélèvement SEPA.

Les informations recueillies sur ce document sont nécessaires au traitement de votre demande et à la gestion de votre contrat. Elles peuvent être transmises à des tiers intervenant dans ce cadre, tels que votre courtier ainsi que nos prestataires. Conformément à la loi Informatique et Libertés, vous pouvez vous opposer au traitement de vos données pour des motifs légitimes ou en obtenant communication, et le cas échéant rectification ou suppression, en adressant une demande écrite et un justificatif d'identité à PFA Assurances. Vous pouvez également vous opposer à ce que vos données soient utilisées à des fins de prospection en adressant un courrier à l'adresse indiquée ci-dessus.

En cas de décès, je ne souhaite pas que le médecin conseil de PFA Assurances adresse à mes ayants droit la copie des documents médicaux me concernant.

Fait à Le / /

Signature de la personne à assurer

Signature du souscripteur
(si différent de l'Assuré)
et cachet pour les entreprises