

QUESTIONNAIRE · PRÉVOYANCE TNS & INDEMNITÉS JOURNALIÈRES

Questionnaire prévoyance indépendants

Recueil des informations nécessaires à l'étude — à retourner à info@assudire.fr

Répondez à ce qui vous concerne : seules vos coordonnées sont obligatoires. Aucune question médicale : si l'assureur en a, il vous les pose lui-même, en toute confidentialité.

1. VOUS

Le souscripteur du contrat.

Civilité : ☐ Madame ☐ Monsieur Prénom : Nom :

Date de naissance : Situation familiale : ☐ Célibataire ☐ Marié(e) / pacsé(e) ☐ Vie maritale ☐ Divorcé(e)
☐ Veuf / veuve

Adresse : Code postal : Ville :

Téléphone : E-mail :

Profession : Statut : ☐ Salarié(e) ☐ Indépendant(e) / TNS ☐ Retraité(e) ☐ Étudiant(e) ☐ Sans activité

2. VOTRE ACTIVITÉ

Votre statut et votre métier, tels que les assureurs les classent.

Votre statut : ☐ Artisan / commerçant ☐ Profession libérale ☐ Gérant majoritaire (TNS)
☐ Dirigeant assimilé salarié ☐ Auto-entrepreneur

Profession exacte : Début d'activité :

Régime obligatoire : ☐ SSI (ex-RSI) ☐ CIPAV / caisse libérale ☐ Régime général
☐ Autre caisse (CARMF, CARPIMKO...) ☐ Je ne sais pas

Part de travail manuel : ☐ Aucune (bureau) ☐ Moins de 50 % Plus de 20 000 km par an pour le travail :
☐ Plus de 50 % ☐ Non ☐ Oui

Code postal de l'activité : Activité exercée en France : ☐ Oui ☐ Non Nombre de salariés :
☐ Installation en cours

3. VOS REVENUS ET CHARGES

Ce qu'il faut maintenir si vous ne pouvez plus travailler.

Revenu net annuel : € Frais généraux fixes du cabinet ou de l'entreprise : € / mois

Personnes à charge : Mensualités de crédits en cours : € / mois

4. VOS CONTRATS ACTUELS

Ce qui vous couvre déjà, pour ne pas payer deux fois.

Contrat prévoyance existant : ☐ Aucun ☐ Oui, à revoir ☐ Oui, récent

Assureur actuel : **Cotisation actuelle :** € / mois

Garanties actuelles : ☐ Indemnités journalières ☐ Invalidité ☐ Décès ☐ Frais généraux ☐ Je ne sais pas

Contrat Madelin : ☐ Oui ☐ Non ☐ Je ne sais pas

5. VOS BESOINS

Garanties souhaitées : ☐ Indemnités journalières (arrêt de travail) ☐ Invalidité (rente) ☐ Capital décès

☐ Rente éducation ou conjoint ☐ Frais généraux ☐ À conseiller

Indemnité journalière visée : € / jour

Franchise souhaitée : ☐ 7 jours ☐ 15 jours ☐ 30 jours ☐ 90 jours ☐ À conseiller

Cadre fiscal : ☐ Madelin (déductible) ☐ Hors Madelin

☐ À conseiller

Paiement : ☐ Mensuel ☐ Trimestriel

☐ Annuel

Date d'effet souhaitée : ☐ Dès que possible ☐ Dans le mois

☐ À l'échéance de mon contrat ☐ Plus tard

Budget visé : € / mois

Précisions, contraintes ou questions :

6. PIÈCES À JOINDRE

Des photos ou des scans suffisent.

☐ Dernier avis d'imposition ou dernier bilan ☐ Attestation d'affiliation à votre caisse ☐ Conditions du contrat actuel

☐ Extrait Kbis ou inscription ☐ RIB

Aucune information médicale n'est demandée ici. Le questionnaire de santé, s'il est exigé, vous est adressé directement par l'assureur et reste confidentiel.

DÉCLARATION ET SIGNATURE

Je certifie l'exactitude des informations ci-dessus, qui servent de base à l'étude et, le cas échéant, au contrat. Toute réticence ou fausse déclaration expose aux sanctions des articles L.113-8 et L.113-9 du Code des assurances. Les données recueillies sont traitées par ASSUDIRE pour l'étude de mes besoins et la gestion du contrat, dans les conditions du document d'entrée en relation (rubrique 8) ; j'accepte d'être recontacté(e).

Fait à : **Le :**

Le souscripteur

Signature

Cadre réservé à ASSUDIRE

Reçu le · conseiller · référence de l'étude