

FORMALISATION DU DEVOIR DE CONSEIL

Article L 520-1 et R 520-2 du code des assurances

Le présent document retrace nos échanges et notre dialogue. Cette démarche nous a permis, ensemble, de :

- Préciser votre situation personnelle et familiale.
- Définir vos souhaits et objectifs en matière d'assurance santé et/ou Prévoyance.
- Mettre en évidence l'adéquation de notre offre, telle que nous l'adapterons ensemble à votre situation, sous réserve, le cas échéant, de l'acceptation technique et médicale de l'assureur concerné

Situation personnelle et familiale

Civilité : Nom : Prénom : Code postal :
Adresse :

Bénéficiaires	Nom	Prénom	Né(e) le	Régime

Votre objectif :

Souscrire à un régime ☐ d'assurance santé individuelle ☐ de prévoyance

Vos besoins en Santé

Expression de vos besoins

Quels sont vos besoins sur les 4 postes clés-dessous ?
(Exprimé selon la « force » du besoin sur une échelle de 1 à 5; 1 : besoin le plus faible; 5 : besoin le plus élevé).

	1	2	3	4	5
Hospitalisation	☐	☐	☐	☐	☐
Consultation	☐	☐	☐	☐	☐
Dentaire	☐	☐	☐	☐	☐
Optique	☐	☐	☐	☐	☐

Date d'effet de la garantie souhaitée

___ / ___ / ___

Pour les honoraires médicaux, souhaitez-vous :

- ☐ 1 - À hauteur du ticket modérateur
☐ 2 - Avec prise en charge de dépassements d'honoraires ?

Avez-vous des besoins en optique ?

- ☐ 1 - Oui ☐ 2 - Non

Avez-vous des besoins particuliers en dentaire ?

- ☐ 1 - Non ☐ 2 - Oui
☐ 1 - Prothèse ☐ 2 - Soins

Vos besoins en Prévoyance

☐ Arrêt de travail€ ☐ Décès€

Demandes spécifiques

Votre solution :

Vous reconnaissez avoir reçu un exemplaire du présent document, et l'ensemble des informations relevant de l'article L 520-1 et R 520-2 du Code des Assurances.

Au vu des besoins que vous avez exprimés au terme du présent « diagnostic », nous vous recommandons de souscrire la garantie _____ proposée par la FFA.

Vous trouverez ci-joint à ce « diagnostic », un projet personnalisé détaillé présentant la garantie avec la cotisation mensuelle, le détail des prestations de la garantie proposée.

Nous attirons votre attention sur l'importance de la sincérité des réponses que vous apporterez aux questions posées par l'assureur. Toute fausse déclaration peut vous exposer à une annulation de votre contrat et à l'absence de couverture en cas de sinistre.

Vous reconnaissez avoir pris connaissance du contenu du présent document préalablement à l'adhésion au contrat d'assurance proposé ci-dessus, et avoir reçu une information sur l'étendue, la définition des risques et des garanties proposées.

Fait à :
Le Souscripteur :

Le :
Le Courtier :

Information sur notre cabinet : Nous sommes intermédiaire d'assurances, enregistré auprès de l'Orias (N°)
Ce numéro peut-être vérifié sur le site Internet : www.orias.fr
Pour toute réclamation, n'hésitez pas à nous contacter. À toutes fins utiles, nous vous rappelons les coordonnées de l'Autorité de Contrôle des Assurances et Mutuelles : ACPR – 61 rue taitbout – 75436 Paris cedex 9