

# Groupe **CLC** assurances INTERNATIONAL



## CLC SOLUTION ASSURANCE DE PERSONNES

### Questionnaire d'assurance

**Votre conseil :**

**CLC INTERNATIONAL ASSURANCES**

Sarl au capital de 2 070 000 €uros  
Allée de Brazzaville - B.P. 189  
33884 VILLENAVE-D'ORNON Cedex  
Siren : 493 465 371 - RCS : BORDEAUX  
Tél. : 05 56 87 72 00 - Fax : 05 56 87 72 20

#### Le souscripteur

[www.clcassurances.com](http://www.clcassurances.com)

**Siège social**

Allée de Brazzaville - CS 70189 - 33882 Villenave d'Ornon cedex  
Tél : 05 56 87 72 00 - Fax : 05 56 87 72 20  
E-mail : [clc.bordeaux@clcassurances.com](mailto:clc.bordeaux@clcassurances.com)

**Bureau de La Rochelle**

68, bd Emile Deimas - La Pallice - BP 52013 - 17009 La Rochelle Cedex 01  
Tél : 05 46 41 07 30 - Fax : 05 46 41 03 15  
E-mail : [clc.larochelle@clcassurances.com](mailto:clc.larochelle@clcassurances.com)

SARL au capital de 2 070 000 € - SIREN 493 465 371 - RCS Bordeaux

Site web ORIAS : [www.orias.fr](http://www.orias.fr) - N° ORIAS 07 605 912 - TVA intracommunautaire FR 70493465371

En cas de réclamation : ACPR (Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution) - 61, rue Fathout - 75436 Paris Cedex 09

Le médiateur de la Chambre Syndicale des Courtiers d'Assurances est compétent pour toute réclamation d'un particulier contre son courtier : [mediateur@csca.fr](http://mediateur@csca.fr)

Garantie financière et Assurance de Responsabilité Civile professionnelle conformes au Code des Assurances

Présents en AFRIQUE et aux ANTILLES

**Nom :**

**Prénom :**

Adresse de résidence :

Profession :

Statut professionnel :  gérant majoritaire commerçant  gérant majoritaire artisan  indépendant en nom propre  autre :

Date de naissance :

Situation de famille :  célibataire  marié(e)  pacsé(e)  divorcé(e)  veuf (ve)

Nombre d'enfants à charge :  0  1  2  3  4

Fumeur (y compris cigarette électronique) :  Oui  Non

Nombre de kilomètres/an parcourus à titre professionnel :

**Raison sociale :**

Forme de la société :  SARL  SELARL  EURL  SAS  SASU

Adresse professionnelle :

Date de création :

Siret si connu :

Code APE / NAF :

Nombre de salariés :

COMMENTAIRES EVENTUELS :

DEMANDE D'ETUDE ASSURANCE EMPRUNTEUR

**RAPPEL IMPORTANT pour toute étude Assurance Emprunteur : Penser à pointer :**

- au cours de l'étude et avec le client les éléments nécessaires au recueil des besoins et des informations indiquées sur le formulaire devoir de conseil
- les garanties exigées et proposées par l'organisme prêteur et le cas échéant utiliser le formulaire d'équivalence de garanties

	Prêt 1	Prêt 2	Prêt 3
<b>Nom organisme prêteur</b> si connu			
<b>Date déblocage des fonds</b>			
<b>Montant du capital emprunté</b>			
<b>Type de projet à financer</b>	<input type="checkbox"/> professionnel <input type="checkbox"/> immobilier <input type="checkbox"/> investissement locatif <input type="checkbox"/> autre :	<input type="checkbox"/> professionnel <input type="checkbox"/> immobilier <input type="checkbox"/> investissement locatif <input type="checkbox"/> autre :	<input type="checkbox"/> professionnel <input type="checkbox"/> immobilier <input type="checkbox"/> investissement locatif <input type="checkbox"/> autre :
<b>Type de prêt</b>	<input type="checkbox"/> amortissable <input type="checkbox"/> in fine <input type="checkbox"/> relais	<input type="checkbox"/> amortissable <input type="checkbox"/> in fine <input type="checkbox"/> relais	<input type="checkbox"/> amortissable <input type="checkbox"/> in fine <input type="checkbox"/> relais
<b>Taux</b> si connu			
<b>Durée du prêt</b> en mois			
<b>Différé</b>	<input type="checkbox"/> partiel <input type="checkbox"/> total <input type="checkbox"/> sans différé Si différé, durée :	<input type="checkbox"/> partiel <input type="checkbox"/> total <input type="checkbox"/> sans différé Si différé, durée :	<input type="checkbox"/> partiel <input type="checkbox"/> total <input type="checkbox"/> sans différé Si différé, durée :
<b>Assuré(s)</b>			
<b>Assuré 1</b>	Nom / prénom : Date de naissance : Fumeur : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Quotité à assurer (*) :	Nom / prénom : Date de naissance : Fumeur : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Quotité à assurer (*) :	Nom / prénom : Date de naissance : Fumeur : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Quotité à assurer (*) :
<b>Assuré 2</b>	Nom / prénom : Date de naissance : Fumeur : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Quotité à assurer (*) :	Nom / prénom : Date de naissance : Fumeur : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Quotité à assurer (*) :	Nom / prénom : Date de naissance : Fumeur : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Quotité à assurer (*) :
<b>Assuré 3</b>	Nom / prénom : Date de naissance : Fumeur : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Quotité à assurer (*) :	Nom / prénom : Date de naissance : Fumeur : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Quotité à assurer (*) :	Nom / prénom : Date de naissance : Fumeur : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Quotité à assurer (*) :

(\* ) Attention, si emprunt pour un investissement immobilier via une SCI, la quotité assurée ne pourra être supérieure au pourcentage de parts détenues

**Garanties souhaitées (le choix portant à minima sur les exigences de la banque)**

	<input type="checkbox"/> DECES / PTIA (100 %) <input type="checkbox"/> IPT -Invalidité Permanente Totale (66 %) <input type="checkbox"/> IPP - Invalidité Permanente Partielle (33 %) <input type="checkbox"/> Invalidité professionnelle (pharmacien seulement) <input type="checkbox"/> ITT - Incapacité Temporaire Totale Franchise : <input type="checkbox"/> 90 jours <input type="checkbox"/> 60 jours <input type="checkbox"/> 30 jours <input type="checkbox"/> Perte d'emploi <input type="checkbox"/> Rachat exclusions affections psy et dos	<input type="checkbox"/> DECES / PTIA (100 %) <input type="checkbox"/> IPT -Invalidité Permanente Totale (66 %) <input type="checkbox"/> IPP - Invalidité Permanente Partielle (33%) <input type="checkbox"/> Invalidité professionnelle (pharmacien seulement) <input type="checkbox"/> ITT - Incapacité Temporaire Totale Franchise : <input type="checkbox"/> 90 jours <input type="checkbox"/> 60 jours <input type="checkbox"/> 30 jours <input type="checkbox"/> Perte d'emploi <input type="checkbox"/> Rachat exclusions affections psy et dos	<input type="checkbox"/> DECES / PTIA (100 %) <input type="checkbox"/> IPT -Invalidité Permanente Totale (66%) <input type="checkbox"/> IPP - Invalidité Permanente Partielle (33%) <input type="checkbox"/> Invalidité professionnelle (pharmacien seulement) <input type="checkbox"/> ITT - Incapacité Temporaire Totale Franchise : <input type="checkbox"/> 90 jours <input type="checkbox"/> 60 jours <input type="checkbox"/> 30 jours <input type="checkbox"/> Perte d'emploi <input type="checkbox"/> Rachat exclusions affections psy et dos
<p><b>Reprise concurrence</b>                  Si oui, penser à récupérer copie du contrat actuel, tableau d'amortissement et conditions générales (rappel : pour emprunts immobilier classiques, reprise concurrence seulement possible la première année en Loi Hamon)</p>	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Si oui, date d'échéance : Compagnie : Banque :	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Si oui, date d'échéance : Compagnie : Banque :	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Si oui, date d'échéance : Compagnie : Banque :

**Commentaires éventuels**

--	--	--	--

## Exigences spécifiques demandées

Notre conseil se fonde sur les informations complètes et sincères que vous nous avez délivrées et sur l'analyse de votre situation et des besoins que vous nous exprimez au travers de nos différents échanges. Vos réponses sont donc essentielles puisqu'elles servent de fondement commun à notre dialogue, notre réflexion et l'offre qui vous sera proposée. A défaut, l'appréciation de votre situation ne pourrait être que partielle et remettre en question l'adéquation de notre conseil.

Le souscripteur/proposant déclare avoir été informé que :

- toute réticence, fausse déclaration, omission ou inexactitude dans vos déclarations peut entraîner les sanctions prévues aux articles L113-8 (nullité du contrat) et L113-9 (réduction des indemnités ou résiliation du contrat) du Code des Assurances.
- conformément à l'article 27 de la loi du 6/01/78 n° 78.17 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, le proposant peut demander à l'assureur, la communication, la restriction de toute information le concernant qui figurerait sur tout fichier à usage de la Société.

*Le client atteste de l'exactitude des informations ci-dessus et reconnaît avoir été informé que celles-ci sont nécessaires.*

*Le client s'engage à informer CLC INTERNATIONAL ASSURANCES des éventuels changements de sa situation.*

Fait le :

Signature obligatoire + cachet de l'entreprise

Votre conseil : CLC INTERNATIONAL ASSURANCES

[www.clcassurances.com](http://www.clcassurances.com)

**Siège social**

Ailée de Brazzaville - CS 70189 - 33882 Villenave d'Ornon cedex

Tél. : 05 56 87 72 00 - Fax : 05 56 87 72 20

E-mail : [clc.bordeaux@clcassurances.com](mailto:clc.bordeaux@clcassurances.com)

**Bureau de La Rochelle**

68, bd Emile Deïmas - La Pallice - BP 52013 - 17009 La Rochelle Cedex 01

Tél. : 05 46 41 07 30 - Fax : 05 46 41 03 15

E-mail : [clc.larochelle@clcassurances.com](mailto:clc.larochelle@clcassurances.com)

SARL au capital de 2 070 000 € - SIREN 493 465 371 - RCS Bordeaux

Site web ORIAS : [www.orias.fr](http://www.orias.fr) - N° ORIAS 07 005 912 - TVA Intracommunautaire FR 70493465371

En cas de réclamation : ACPR (Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution) - 61, rue Faidherbe - 75436 Paris Cedex 09

Le médiateur de la Chambre Syndicale des Courtiers d'Assurances est compétent pour toute réclamation d'un particulier contre son courtier - [mediateur@csca.fr](mailto:mediateur@csca.fr)

Garantie Financière et Assurante de Responsabilité Civile professionnelle conformes au Code des Assurances

Présents en AFRIQUE et aux ANTILLES