

## ASSURANCES PROFESSIONNELLES A.S.C.T. DEMANDE DE DEVIS

Notre mission est de vous fournir la solution d'assurance la plus adaptée à vos besoins. Merci de bien vouloir remplir le formulaire ci-dessous (les champs marqués d'un astérisque\* sont obligatoires) et vous recevrez une proposition sur mesure par email dans les meilleurs délais.

### I – VOS INFORMATIONS

Sexe\* :  H  F

Nom\* : ..... Prénom(s)\* : .....

Date de naissance\* : ..... Nationalité\* : .....

Adresse\* : .....

Code postal\* : ..... Ville\* : ..... Pays\* : .....

Email\* : ..... Téléphone\* : .....

### II – VOTRE SITUATION PROFESSIONNELLE

Employeur\* : .....

Grade ASCT : ..... Etablissement : .....

Type de contrat\* :  CDI

CDD : *si coché ; précisez :*

Date de début : ..... Date de fin : .....

Taux d'activité\* (%) : .....

### III – VOS GARANTIES

Choisissez les garanties souhaitées:

Décès / Invalidité Absolue et Définitive (\*)  
(\* Minimum: 7 500 €)

Capital garanti (€)\* : .....

Descente de Sécurité

Capital garanti (€)\* : .....

Incapacité Temporaire de travail

Montant de l'Indemnité journalière (€)\* : .....

Franchise maladie : 15 jours – Franchise Accident : 5 jours