

ASSURANCES PROFESSIONNELLES A.D.C.
DEMANDE DE DEVIS

N°VERT 0800 26 38 49

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 ADC* : TB1 TB2 TB3 TA1 TA2 Autre

Type de contrat* : CDI *si coché, date d'entrée :*

CDD *si coché, date d'entrée : date de fin :*

Taux d'activité* (%) :

III – VOS GARANTIES

Choisissez les garanties souhaitées :

Décès / Invalidité Absolue et Définitive (*) Capital garanti (€)* :

(*) Minimum: 7 500 €

Descente de Machine Capital garanti (€)* :

Incapacité Temporaire de travail Montant de l'Indemnité journalière (€)* :

Franchise maladie : 15 jours – Franchise Accident : 5 jours

Si vous êtes PARRAINÉ par un autre ADC, bénéficiez chacun d'une mensualité gratuite

Prénom* : Nom* : N° de client SAAM* :