

Questionnaire Audit Prévoyance

Date :

Régime obligatoire : CIPAV, des prestations insuffisantes

| PREVOYANCE | |
|-------------------------|--|
| Indemnités journalières | Aucune |
| Invalidité partielle | Montant proportionnel au taux d'activité |
| Invalidité totale | Classe A : 4.930 € Classe B : 14.790 € Classe C : 24.650 € |
| Besoin tierce personne | Aucune |

| DECES | |
|---|---|
| Capital décès Doublé en cas de décès par accident ou minoré lorsque celui-ci survient après 65 ans | Classe A : 14.880 € Classe B : 44.640 € Classe C : 74.400 € |
| Rente conjoint/Rente orphelin (jusqu'à 21 ans ou 25 ans si études) | Classe A : 1.488 € Classe B : 4.464 € Classe C : 7.440 € |

Informations personnelles

| INFORMATIONS SUR L'ASSURE |
|--|
| Nom : |
| Prénom : |
| Adresse personnelle : |
| CP/Ville : |
| Date de naissance : |
| Situation familiale : <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Veuf <input type="checkbox"/> Marié <input type="checkbox"/> Divorcé <input type="checkbox"/> Pacsé |
| Date de naissance du conjoint : |
| Profession du conjoint : |
| Nombre d'enfants à charge : |
| Date de naissance du (des) enfant(s) à charge : |

| INFORMATION SUR LA SOCIETE ET L'ACTIVITE |
|--|
| Nom : |
| NAF : |
| Adresse : |
| CP/Ville : |
| Date de création : |
| Effectif : |

Revenu net fiscal N - 1 :

| STATUT DE L'ADHERENT |
|--|
| <input type="checkbox"/> Travailleur non salarié |
| <input type="checkbox"/> Salarié ou Gérant minoritaire |

Besoins et garanties

| GARANTIES RETENUES | |
|---|--|
| PREVOYANCE | |
| Décès/PTIA | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |
| Doublement accident | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |
| Rente de conjoint | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |
| Rente éducation | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |
| Incapacité/Invalidité (100 %) | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |
| Franchise réduite (3j en cas d'accident/hospitalisation) | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |
| FRAIS GENERAUX PERMANENTS | |
| Date effet souhaité : | |
| Enveloppe annuelle à couvrir (ex : frais de personnel, impôts et taxes, charges, primes assurance...) Max : 120.000 € | |
| SANTE | |
| Date effet souhaité : | |
| Niveau de garantie : | <input type="checkbox"/> 100 % <input type="checkbox"/> 200 % <input type="checkbox"/> 300 % |
| CHOMAGE | |
| Date effet souhaité : | |
| Revenu fiscal à garantir : | |

| Relevé des besoins clients (budgets actuels, carences, remarques...) |
|--|
| |