Alyance Conseils
COURTAGE EN ASSURANCES IMMOBILIÈRES

Questionnaire de risque prévoyance

TRAVAILLEURS INDÉPENDANTS · ARRÊT DE TRAVAIL, INVALIDITÉ, DÉCÈS

Questionnaire de recueil des informations pour votre contrat de prévoyance de travailleur indépendant : arrêt de travail, invalidité, décès, maladies redoutées et charges professionnelles. Ce formulaire est confidentiel et traité dans le cadre de votre dossier Alyance Conseils. Merci de répondre à toutes les questions avec soin.

*Les questions marquées d'un * sont obligatoires. Ce document se remplit directement à l'écran (Adobe Acrobat Reader, Aperçu…).*

Aucune information sur votre santé ne vous est demandée dans ce questionnaire.

Si un questionnaire de santé est nécessaire, vous le remplirez directement auprès du service médical de l'assureur, sous pli confidentiel (secret médical).

1 Identification de la personne à assurer

Civilité *

○ M. ○ Mme

Nom *

Prénom *

Date de naissance *
JJ/MM/AAAA

Lieu de naissance *

Email *
Celui indiqué sur votre fiche client

Téléphone

Adresse postale *
Adresse, code postal et ville

Situation familiale *

○ Célibataire ○ Marié(e) ○ Pacsé(e)
○ Concubin(e) ○ Divorcé(e) ○ Veuf(ve)

Nombre d'enfants à charge *
Indiquez 0 si aucun

Âge(s) des enfants à charge

El Réjane LASPRESES · ORIAS n° 190 07 927 (www.orias.fr) · contact@alyance-conseils.fr
Assuré en RCP conformément aux articles L. 512-6 et L. 512-7 du Code des assurances : l'entreprise dispose d'une couverture en Responsabilité Civile Professionnelle conforme aux exigences légales et réglementaires en vigueur, couvrant ses activités de courtage en assurance.

2 Votre activité professionnelle

Votre statut *

- ○ Artisan
- ○ Commerçant
- ○ Profession libérale réglementée
- ○ Profession libérale non réglementée
- ○ Gérant majoritaire (SARL, SELARL…)
- ○ Micro-entrepreneur
- ○ Conjoint collaborateur
- ○ Exploitant agricole
- ○ Autre :

Profession exercée *
Intitulé précis et nature des tâches réalisées

Nom de l'entreprise *

Forme juridique
EI, EURL, SARL, SELARL…

N° SIRET *

Date de début d'activité *
JJ/MM/AAAA

Nombre de salariés *
Indiquez 0 si aucun

Votre caisse d'assurance vieillesse et invalidité *
Elle détermine ce que votre régime obligatoire vous verse déjà en cas d'arrêt, d'invalidité ou de décès.

- ○ SSI (ex-RSI)
- ○ CIPAV
- ○ CARMF
- ○ CARPIMKO
- ○ CAVP
- ○ CARCDSF
- ○ CAVEC
- ○ CNBF
- ○ CAVAMAC
- ○ CAVOM
- ○ CARPV
- ○ MSA
- ○ Autre :

Êtes-vous à jour de vos cotisations sociales obligatoires ? *

- ○ Oui
- ○ Non

3 Conditions de travail et habitudes de vie

Ces informations servent à la tarification : certaines professions ou activités peuvent entraîner une surprime ou une exclusion.

Répartition de votre temps de travail *

- ○ Principalement administratif (bureau)
- ○ Principalement commercial (déplacements)
- ○ Principalement manuel (atelier, chantier)
- ○ Mixte

Travaux en hauteur (plus de 3 m) ? *

- ○ Oui
- ○ Non

Manipulation de produits dangereux ? *
Explosifs, produits chimiques, électricité haute tension…

- ○ Oui
- ○ Non

Plus de 20 000 km par an en véhicule pour le travail ? *

- ○ Oui
- ○ Non

EI Réjane LASPRESES · ORIAS n° 190 07 927 (www.orias.fr) · contact@alyance-conseils.fr
Assuré en RCP conformément aux articles L. 512-6 et L. 512-7 du Code des assurances : l'entreprise dispose d'une couverture en Responsabilité Civile Professionnelle conforme aux exigences légales et réglementaires en vigueur, couvrant ses activités de courtage en assurance.

Fumeur ou vapoteur ? *
Y compris cigarette électronique

○ Oui ○ Non

Pratique d'un sport à risque ? *
Sports mécaniques, aériens, plongée, alpinisme, sports de combat en compétition…

○ Oui ○ Non

Si oui, sport(s) pratiqué(s)

Séjours hors de l'Union européenne ? *

○ Oui ○ Non

Si oui, préciser les pays et la durée

4 Vos revenus et votre cadre fiscal

Les garanties sont calculées à partir de vos revenus professionnels : elles ne peuvent en principe pas les dépasser.

Votre régime d'imposition *

○ BIC au réel ○ BNC au réel (déclaration contrôlée)
○ Rémunération de gérant (art. 62 du CGI) ○ Micro-entreprise
○ Autre :

Revenu professionnel net annuel (€) *
Dernier exercice clos, avant impôt sur le revenu

Revenu professionnel de l'année précédente (€)
Exercice N-2

Dividendes annuels (€)
Si vous êtes en société

Chiffre d'affaires annuel (€)
Obligatoire pour les micro-entrepreneurs

Revenus annuels du conjoint (€)
Facultatif : mesure le besoin du foyer

Souhaitez-vous bénéficier du cadre fiscal Madelin (déduction des cotisations) ? *
Réservé aux indépendants imposés au réel. Non accessible aux micro-entrepreneurs.

○ Oui ○ Non ○ Non concerné

5 Décès

Souhaitez-vous cette garantie ? *

○ Oui ○ Non

Capital décès souhaité (€)
Ou indiquez un multiple de votre revenu annuel (par exemple : 3 fois mon revenu)

Rente de conjoint (€ par an)
Facultatif

Rente éducation par enfant (€ par an)
Facultatif

El Réjane LASPRESES · ORIAS n° 190 07 927 (www.orias.fr) · contact@alyance-conseils.fr
Assuré en RCP conformément aux articles L. 512-6 et L. 512-7 du Code des assurances : l'entreprise dispose d'une couverture en Responsabilité Civile Professionnelle conforme aux exigences légales et réglementaires en vigueur, couvrant ses activités de courtage en assurance.

L'assuré souhaite-t-il doubler son capital en cas d'accident ?

○ Oui ○ Non ○ Sans préférence

L'assuré souhaite-t-il être couvert en cas de décès/Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA) ?

○ Oui ○ Non ○ Sans préférence

6 Arrêt de travail (indemnités journalières)

Souhaitez-vous cette garantie ? *

○ Oui ○ Non

L'assuré souhaite-t-il couvrir sa perte de revenus en cas d'incapacité de travail ?

○ Oui, partiellement ○ Oui, totalement ○ Non ○ Sans préférence

Indemnité journalière souhaitée (€ par jour)

Ou revenu mensuel à maintenir (€)

> Bon à savoir : plus la franchise choisie est courte, plus le tarif du contrat augmente.

Quel type de franchise l'assuré souhaite-t-il en cas de maladie ?

Nombre de jours d'arrêt non indemnisés

○ Moins de 30 jours ○ Plus de 30 jours

Franchise en cas d'accident

○ Moins de 30 jours ○ Plus de 30 jours

Franchise en cas d'hospitalisation

○ Moins de 30 jours ○ Plus de 30 jours

Sur quelle durée l'assuré souhaite-t-il être indemnisé en cas d'arrêt de travail ?

○ Jusqu'à 365 jours ○ Plus de 365 jours ○ Sans préférence

> Bon à savoir : en complément du régime obligatoire (RO), l'assureur verse le montant choisi en plus des prestations de votre RO. Sous déduction du RO, le montant choisi inclut les prestations de votre RO : l'assureur ne verse que la différence. Exemple pour 100 € par jour assurés et 30 € par jour versés par le RO : en complément, vous percevez 130 € ; sous déduction, vous percevez 100 € (30 € du RO et 70 € de l'assureur).

Quel mode d'indemnisation l'assuré souhaite-t-il en cas de maintien de revenus ?

○ En complément du RO ○ Sous déduction du RO

L'assuré souhaite-t-il être couvert en cas d'affection psychiatrique sans condition d'hospitalisation ?

○ Oui ○ Non ○ Sans préférence

L'assuré souhaite-t-il être couvert en cas d'affection dorsale sans condition d'hospitalisation ?

○ Oui ○ Non ○ Sans préférence

El Réjane LASPRESES · ORIAS n° 190 07 927 (www.orias.fr) · contact@alyance-conseils.fr
Assuré en RCP conformément aux articles L. 512-6 et L. 512-7 du Code des assurances : l'entreprise dispose d'une couverture en Responsabilité Civile Professionnelle conforme aux exigences légales et réglementaires en vigueur, couvrant ses activités de courtage en assurance.

7 Invalidité

Souhaitez-vous cette garantie ? *

- ○ Oui
- ○ Non

Si oui, à partir de quel taux d'invalidité l'assuré souhaite-t-il être couvert ?

- ○ 15 %
- ○ 33 %
- ○ 66 %

L'assuré souhaite-t-il couvrir sa perte de revenus en cas d'invalidité ?

- ○ Oui, partiellement
- ○ Oui, totalement
- ○ Non
- ○ Sans préférence

> Bon à savoir : l'invalidité professionnelle tient compte de votre capacité à exercer votre métier. L'invalidité fonctionnelle mesure la perte de vos capacités physiques ou mentales, quel que soit votre métier. Le barème croisé combine les deux.

Sur quel barème l'assuré souhaite-t-il calculer son taux d'invalidité ?

- ○ Barème croisé
- ○ Barème professionnel

8 Maladies redoutées

Un capital vous est versé si l'une des maladies couvertes est diagnostiquée, en plus de vos indemnités d'arrêt de travail.

Souhaitez-vous cette garantie ? *

- ○ Oui
- ○ Non

9 Charges professionnelles (frais généraux)

Cette garantie prend en charge les charges fixes de votre entreprise, qui continuent de courir pendant votre arrêt de travail.

Souhaitez-vous cette garantie ? *

- ○ Oui
- ○ Non

> Bon à savoir : les contrats prennent généralement en charge les frais fixes de l'entreprise, par exemple le loyer professionnel, le crédit-bail et le leasing, les remboursements d'emprunts professionnels, les salaires et charges sociales des salariés, l'électricité, l'eau, le gaz, le téléphone, les assurances professionnelles, les honoraires comptables, les impôts et taxes. Cette liste n'est pas exhaustive et varie selon les contrats.

Montant mensuel à assurer (€)

Franchise

Plus la franchise choisie est courte, plus le tarif du contrat augmente.

- ○ Moins de 30 jours
- ○ Plus de 30 jours

Prévoyez-vous de vous faire remplacer pendant un arrêt ?

- ○ Oui
- ○ Non
- ○ Selon la durée de l'arrêt

El Réjane LASPRESES · ORIAS n° 190 07 927 (www.orias.fr) · contact@alyance-conseils.fr
Assuré en RCP conformément aux articles L. 512-6 et L. 512-7 du Code des assurances : l'entreprise dispose d'une couverture en Responsabilité Civile Professionnelle conforme aux exigences légales et réglementaires en vigueur, couvrant ses activités de courtage en assurance.

10 Besoins et exigences

Votre priorité *

- ○ Le coût le plus bas
- ○ Le meilleur niveau de garanties
- ○ Un équilibre entre les deux

Exigence(s) spécifique(s)

Précisez tout besoin particulier non couvert par les questions précédentes.

Budget mensuel souhaité (€) *

Date d'effet souhaitée *

JJ/MM/AAAA

Fractionnement *

- ○ Mensuel
- ○ Trimestriel
- ○ Semestriel
- ○ Annuel

Mode de paiement souhaité *

- ○ Prélèvement automatique
- ○ Autre :

11 Antécédents d'assurance

Avez-vous déjà un contrat de prévoyance ? *

- ○ Oui
- ○ Non

Compagnie d'assurance actuelle

Cotisation mensuelle actuelle (€)

Garanties et montants de votre contrat actuel

Avez-vous été résilié(e) par une compagnie d'assurance sur les 36 derniers mois ? *

- ○ Oui
- ○ Non

Si oui, merci d'indiquer le motif

Souhaitez-vous que le cabinet s'occupe de la résiliation de votre contrat actuel en cas de souscription à notre proposition d'assurance ? *

- ○ Oui
- ○ Non
- ○ Sans objet (pas de contrat actuel)

El Réjane LASPRESES · ORIAS n° 190 07 927 (www.orias.fr) · contact@alyance-conseils.fr
Assuré en RCP conformément aux articles L. 512-6 et L. 512-7 du Code des assurances : l'entreprise dispose d'une couverture en Responsabilité Civile Professionnelle conforme aux exigences légales et réglementaires en vigueur, couvrant ses activités de courtage en assurance.

12 Documents à nous transmettre

Voici la liste des documents à nous faire parvenir pour l'étude de votre demande d'assurance :

- ☐ Pièce d'identité
- ☐ Justificatif d'activité (extrait Kbis, avis de situation SIRENE ou inscription à l'Ordre)
- ☐ Dernier avis d'imposition et dernière liasse fiscale ou déclaration de revenus professionnels
- ☐ Attestation de régularité de vos cotisations sociales (pour le cadre Madelin)
- ☐ Relevé de vos droits auprès de votre caisse (si vous en disposez)
- ☐ Conditions particulières de votre contrat actuel (si vous êtes déjà assuré(e))

> Par email : contact@alyance-conseils.fr

13 Déclaration et signature

Je soussigné(e) certifie l'exactitude et la sincérité des informations déclarées dans le présent questionnaire, qui servent de base à l'établissement de mon devis et de mon contrat d'assurance. Je m'engage à informer le cabinet de toute modification de ces informations.

Je reconnais avoir été informé(e) que toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle entraîne la nullité du contrat (article L113-8 du Code des assurances) et que toute omission ou déclaration inexacte peut entraîner une réduction des indemnités (article L113-9 du Code des assurances).

Les informations recueillies sont traitées par Alyance Conseils pour l'étude de votre demande et la gestion de votre contrat, conformément à notre fiche d'information et de conseil et à notre politique de confidentialité (www.alyance-conseils.fr). Aucune donnée de santé n'est collectée par le cabinet.

Nom et prénom du souscripteur * | **Fait à *** | **Le (JJ/MM/AAAA) ***

Signature du souscripteur (manuscrite ou électronique)
précédée de la mention « Lu et approuvé, certifié exact »

EI Réjane LASPRESES · ORIAS n° 190 07 927 (www.orias.fr) · contact@alyance-conseils.fr
Assuré en RCP conformément aux articles L. 512-6 et L. 512-7 du Code des assurances : l'entreprise dispose d'une couverture en Responsabilité Civile Professionnelle conforme aux exigences légales et réglementaires en vigueur, couvrant ses activités de courtage en assurance.