

groupe
sofraco



Une autre idée de l'assurance

Conseils & Assurances



INFORMATIONS CONFIDENTIELLES

Prévoyance

Garantie sociale du chef d'entreprise

Santé **Conseil** **Retraite**

Assurance de prêt Épargne et Placement

Accompagnement **Assurance crédit**

Assurance " Homme Clé "

INFORMATIONS SUR L'ENTREPRISE

Raison sociale	
Adresse du siège social	
Code postal	
Ville	
Téléphone	
Email	
Représentant de l'entreprise	
En qualité de	

INFORMATIONS SUR L'ACTIVITÉ

Activité principale	
Date de création	
Forme juridiques	
SIRET (14 chiffres)	
Code NAF	
Convention collective appliquée	

SOUHAITS DE L'ENTREPRISE

Quelles garanties souhaiteriez-vous améliorer ?	Santé	Prévoyance
	<input type="checkbox"/> Hospitalisation <input type="checkbox"/> Soins <input type="checkbox"/> Optique <input type="checkbox"/> Dentaire <input type="checkbox"/> Autre : _____	<input type="checkbox"/> Indemnité journalière <input type="checkbox"/> Capitaux <input type="checkbox"/> Rentes

SITUATION ACTUELLE DE L'ENTREPRISE

Nombre de salariés	Cadres	Non-cadres	
Organisme assureur actuel			
Quelle est la structure tarifaire actuelle ?	<input type="checkbox"/> Unique Isolé	<input type="checkbox"/> Unique Famille	<input type="checkbox"/> Isolé / Famille
Quelle est la structure tarifaire souhaitée ?	<input type="checkbox"/> Unique Isolé	<input type="checkbox"/> Unique Famille	<input type="checkbox"/> Isolé / Famille
Quelle est la part de financement de l'entreprise (en pourcentage)			
Les régimes sont-ils formalisés dans un acte interne ?	<input type="checkbox"/> Accord collectif	<input type="checkbox"/> décision unilatérale	

Existe-t-il un ou des arrêts de travail en cours ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Avez-vous au moins un salarié bénéficiaire d'une rente (invalidité...)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Connaissez-vous le rapport sinistre / prime actuel ?	<input type="checkbox"/> Oui : Ratio : _____	<input type="checkbox"/> Non

IMPORTANT : PIÈCES À JOINDRE

État du personnel.

Par souci de confidentialité, vous pouvez remplacer les noms par un N° de salarié

Nom	Date de naissance	Situation familiale	Nombre d'enfants	Conjoint	Cadre / non-cadre	Date d'entrée dans la société	Rémunération annuelle
DURAND	28/11/1970	Marié	3	Oui	C	10/02/2003	123 075
DUPONT	12/08/1961	En couple	3	Oui	C	01/12/2004	43 858
MARTIN	15/03/1957	célibataire	0		NC	01/01/2011	34 246
FERRAND	01/01/1954	Divorcé	0		NC	01/05/2007	29 172
DUBOIS	05/05/1988	Veuf	0	Oui	NC	01/02/2010	28 525
DESCHAMPS	14/11/1985	Marié	1	Oui	NC	29/03/2010	28 055
DESPRES	09/09/1966	En couple	2	Oui	C	01/04/2010	39 310

Tableau des garanties santé / prévoyance.

Ce questionnaire reste strictement confidentiel.

Il a pour objet de nous aider à calculer les meilleures prestations possibles et donc de vous proposer les meilleures offres — coût et prestations — auxquelles vous pouvez prétendre.

Vous pouvez nous retourner ce questionnaire par courriel à l'adresse contact@deta-assurances.fr

L'assurance de notre objectivité.

Plus de 40 partenaires pour accompagner votre protection sociale.



Les entreprises auxquelles vous faites confiance,
font confiance à DÉTA Conseils & Assurances.

DÉTA Conseils & Assurances 6 rue Edouard Manet 92600 Asnières sur Seine

contact@deta-assurances.fr - www.deta-assurances.fr

Tél. 01 47 90 05 54 - Fax 09 82 63 92 17

Siège Social : 6 rue Edouard Manet 92 600 Asnières sur Seine

SARL au Capital de 4.000 € - APE 6622Z - RCS Nanterre - SIRET 798 142 006 00013

Intermédiaire en assurances inscrit à l'ORIAS sous le n° 130 101 90 - www.oriass.fr

Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) - 61, rue Taitbout - 75436 Paris Cedex 09 – France

Assurance de Responsabilité Civile Professionnelle et Garantie Financière, conformes au Code des Assurances.

En cas de réclamation : gestionreclamation@deta-assurances.fr ou tél : +33 (0)1 47 90 05 54

Accusé de réception de votre demande dans les 10 jours, traitement de réponse au plus tard sous 2 mois sauf nécessité de traitement particulier.