

# Fiche Conseil

Courtage, Audit & Conseil en Assurance - 19 Av. Abel Sarnette, 84300 Cavaillon - Tél : 04.90.71.37.47  
contact@artemisassurance.fr

Etude Assurance RC Pro - Multi Risques Pro		Date :	
Nom de l'Entreprise			
Adresse		Déjà Client N°	
Nom du Souscripteur		Prénom	
Forme Juridique de l'E		Date de Naissance	
Téléphone Fixe		Téléphone mobile	
eMail			
Siret		APE	
Activité Principale		Ratio (%) :	
Activité Annexes		Ratio (%) :	
Activité Annexes		Ratio (%) :	
Activité Annexes		Ratio (%) :	
Activité Annexes		Ratio (%) :	
Activité Annexes		Ratio (%) :	
Nom du conjoint		Prénom du conjoint	
Conjoint collaborateur		D. Naissance conjoint	
Chiffre d'affaire (en )		Effectif	
Surface (en m2)		Produits Dangereux	
Nature des Produits			
Garanties Souhaitées	<input type="checkbox"/> Responsabilité civile <input type="checkbox"/> Multi Risques <input type="checkbox"/> Décennale <input type="checkbox"/> Autres, Précisez ci-dessous+		
Options	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Indemnités Journalières <input type="checkbox"/> Garantie Homme Clef <input type="checkbox"/> Perte d'Exploitation <input type="checkbox"/> RC Mandat. Social <input type="checkbox"/> Autres, Préciser		
Modes de paiement Possibles	<input type="checkbox"/> Prélèvement <input type="checkbox"/> Chèque <input type="checkbox"/> CB <input type="checkbox"/> Virement		
Après étude des besoins du client, et communication des propositions d'assurances, ce dernier choisi la formule suivante			
Je certifie l'exactitude des informations ci-dessus, sachant que toute modification entraine un changement de tarif.		Lu et Approuvé, Signature	
Ancien Contrat (Compagnie)		A Réaliser	
Cadre réservé au Courtier			Devis Attendu le:

# Fiche Conseil

Courtage, Audit & Conseil en Assurance - 19 Av. Abel Sarnette, 84300 Cavaillon - Tél : 04.90.71.37.47  
contact@artemisassurance.fr

Etude Assurance Habitation

Date :

Nom

Prénom

Adresse

Déjà Client N°

Etage

Nbre d'étages de l'Immeubles

Téléphone Fixe

Téléphone Mobile

eMail

Situation Familiale

Nombres d'enfants

Profession

Date de Naissance

Adresse du bien

Utilisation de la  
Résidence

Statut

Si Propriétaire

Surface Totale en M<sup>2</sup>

Nbre Pièces Principales

Age du bien (+ou - de  
10 ans

Engins à moteur

Plafond Valeur Mobilier &  
Equipements

Objet de Valeurs

Réalisation par Compagnie

Mots de la Réalisation

Assurance Scolaire :

Nom (S), Prénom (s) de Naissance des enfants

Animaux (Chiens  
Dangereux, Chevaux )

Si Animaux

Carnet Vaccination : ☐ Oui ☐ Non

Tatouage : ☐ Oui ☐ Non

Assurance Chasse

Installation- extérieures ☐ Eclairages ☐ Portail électriques  
☐ Autres, Précisez

**Garanties  
Souhaitées**

☐ Incendie

☐ Catastrophe Naturelle

☐ Vol

Dégâts des eaux

☐ Bris de glace

☐ Bris de glace

☐ Remplacement à Neuf

☐ Dommages Electriques

**Options**

☐ Piscine

☐ Protection Juridique

☐ Dépendances (m2)

☐ Abris

☐ Instruments de musique

☐ Autres, Précisez

Modes de paiement  
Possibles

☐ Prélèvement

☐ Chèque

☐ CB

☐ Virement

Après étude des besoins du client, et communication des  
propositions d'assurances, ce dernier choisi la formule suivante

Je certifie l'exactitude des informations ci-  
dessus, sachant que toute modification  
entraîne un changement de tarif.

Lu et Approuvé, Signature

Ancien Contrat  
(Compagnie)

A Réaliser

**Cadre réservé  
au Courtier**

0

Devis Attendu le:

Données Communes				<div>Données pour Fiches Conseil</div>			
Date							
Chien (Oui/Non)							
Nom							
Prénom							
Adresse							
Téléphone Fixe							
Téléphone Mobile							
eMail							
Situation Familiale							
Profession							
Nombre d 'enfants < 16 ans							
Nombre d 'enfants 16 ans							
Date de Naissance							
Données Auto-Moto		Données MRH-PNO					
Date de Permis+Pays		Etage		N° Sécurité Sociale		Nom de l 'Entreprise	
Conduite Accompagnée Oui/Non		Nombre d 'étages de l 'immeuble		Statut Pro. (Si indépendant :Caisse + Date de Création		Forme Juridique de l'E	
Marque (D)		Adresse du bien à Assurer		Nom et Prénom du conjoint		Siret	
Modèle (D3)		Utilisation de la résidence (Principale ou Secondaire)				APE	
Version (Finition)		Type (Maison ou Appartement)		Date de Naissance du conjoint		Activité Principale	
Puissance Fiscale (P6)		Statut (Propriétaire ou Locataire		N° Sécurité Sociale du conjoint		Ratio (%)	
Type Mines (D2)		Si Propriétaire (Occupant ou Non Occupant)		Nbre d 'enfants rattaché au souscripteur		Activités Annexes 1	
Mise en circulation (B2)		Surface Totale (en M² )		Nbre d 'enfants rattaché au conjoint		Ratio (%)	
Immatriculation (A)		Nbre Pièces Principales (+40m2=2 pièces)		Nom, Prénom (Enfant 1 du souscripteur		Activités Annexes 2	
Date d 'acquisition		Age du bien (Plus ou Moins de 10 ans)		Date de Naissance		Ratio (%)	
Titulaire Carte Gris (Oui/Non du titulaire)		Engins à moteur (Oui/Non)		Sexe (M/F)		Activités Annexes 3	
Autres conducteurs à désigner		Plafond Valeurs Mobilier & Equipements		Nom, Prénom (Enfant 2 du souscripteur		Ratio (%)	
Coef. Bonus/Malus (CRM)		Objets de valeurs (Non/ Oui avec Valeur)		Date de Naissance		Activités Annexes 4	
Date d 'obtention de CRM		Résiliation par Compagnie (Oui/Non)		Sexe (M/F)		Ratio (%)	
Nbre sinistres lors des 3 dernières années (R.I.) Ordre = Resp / I1/2 Resp / Non-Resp / BdG		Motifs de la Résiliation		Nom, Prénom (Enfant3 du souscripteur		Activités Annexes 5	
Nature : (N°1)		Assurance scolaire (Oui/Non)		Date de Naissance		Ratio (%)	
Date : (N°1)		Nom(s), Prénom(s) et Date(s) de naissances des enfants		Sexe (M/F)		Non du conjoint	
Nature : (N°2)		Animaux (Chiens Dangereux, Chevaux)		Nom, Prénom (Enfant 1 du conjoint)		Prénom du conjoint	
Date : (N°2)		Assurance Chasse (Oui/Non)		Date de Naissance		Date de Naissance du conjoint	
Nature : (N°3)		Ancien Contrat (Compagnie)		Sexe (M/F)		Conjoint collaborateur (Oui/Non)	
Date : (N°3)		A Résilier (Oui/Non)		Nom, Prénom (Enfant 2 du conjoint)		Effectif	
Résiliation par Compagnie (Oui/Non)		Devis Attendu le :		Date de Naissance		Chiffre d 'affaires (en )	
Motif de la Résiliation Compagnie	Pensez à faire Cocher les cases et Signer le document			Sexe (M/F)		Surface (en m2)	
Date de Résiliation Compagnie				Nom, Prénom (Enfant 3 du conjoint)		Produit Dangereux (Oui/Non	
Suspension / Annulation de Permis (Oui/Non)				Date de Naissance		Nature des Produits	
Durée & Motif de la suspension/annulation				Sexe (M/F)		Ancien Contrat (Compagnie)	
Ancien Contrat (Compagnie)				Ancien Contrat (Compagnie)		A Résilier (Oui/Non)	
A Réaliser (Oui/Non)				A Résilier (Oui/Non)			
Devis Attendu le :				Devis Attendu le :		Devis Attendu le :	
Pensez à faire Cocher les cases et Signer le document				Pensez à faire Cocher les cases et Signer le document		Pensez à faire Cocher les cases et Signer le document	
Cadre réservé au Courtier							

# Fiche Conseil

Courtage, Audit & Conseil en Assurance - 19 Av. Abel Sarnette, 84300 Cavaillon - Tél : 04.90.71.37.47

contact@artemisassurance.fr

Etude Assurance Auto/Moto	Date :
Nom	Prénom
Adresse	Déjà Client N°
Téléphone Fixe	Téléphone Mobile
eMail	
Situation Familiale	Nombre d 'enfants < 16 ans
Profession	Nombre d 'enfants <1 16 ans
Date de Naissance	Date Permis de conduite (+ Pays)
Marque (D1)	Modèle (D3)
Version	Puissance Fiscale (P6)
Type Mines (D2)	Mise en circulation (B)
Immatriculation (A)	Date d'acquisition
Titulaire Carte Grise	Autre conducteurs à désigner
Coef. Bonus/Malus (CRM)	Date d'obtention du CRM
Nbre sinistres lors des dernières années (R.I.). Ordre = Responsable / Demi-Responsable / Non-Responsable / Bris de Glace	
Nature :	Date :
Nature :	Date :
Nature :	Date :
Résiliation Compagnie :	Motif de la Résiliation Compagnie :
Date de Résiliat° Compagnie :	Date & Motif de la suspension / annulation :
suspension / Annulation de permis :	
Conduite Accompagné :	Garage : <input type="checkbox"/> Box Fermé <input type="checkbox"/> Parking Sécurité <input type="checkbox"/> Terrain Clos <input type="checkbox"/> Voie Publique
Usage véhiculaire <input type="checkbox"/> Promenade <input type="checkbox"/> Promenade/Trajet Travail <input type="checkbox"/> Affaires <input type="checkbox"/> Tous	
<b>Garanties Souhaitées</b> <input type="checkbox"/> Responsable Civile <input type="checkbox"/> vol, Incendie <input type="checkbox"/> Brise de Glace <input type="checkbox"/> Dommages tous Accidant	
<b>Options</b> <input type="checkbox"/> Assistance 0Km <input type="checkbox"/> Véhicule de Remplacement <input type="checkbox"/> Limite KM <input type="checkbox"/> Conduite Exclusive <input type="checkbox"/> Equipements <input type="checkbox"/> Protection Juridique <input type="checkbox"/> Permis de conduite <input type="checkbox"/> Perte Financière <input type="checkbox"/> Marchandises Transportées	
Modes de paiement Possibles <input type="checkbox"/> Prélèvement <input type="checkbox"/> Chèque <input type="checkbox"/> CB <input type="checkbox"/> Virement	
Après étude des besoins du client, et communication des propositions d 'assurances, ce dernier choisi la formule suivante	
Je certifie l 'exactitude des informations ci-dessus, sachant que toute modification entraîne un changement de tarif. Je m 'engage à fournir : Permis de conduire, Relevés d 'information sur 3 ans, RIB, La carte grise Définitve sous 30 jours Maximum	Lu et Approuvé, Signature
Ancien Contrat (Compagnie)	A Réaliser
<b>Cadre réservé au Courtier</b>	

# Fiche Conseil

Courtage, Audit & Conseil en Assurance - 19 Av. Abel Sarnette, 84300 Cavaillon - Tél : 04.90.71.37.47  
contact@artemisassurance.fr

Etude Assurance Mutuelle Santé

Date :

Nom (Souscripteur)

Prénom

Adresse

Déjà Client N°

Téléphone Fixe

Téléphone Mobile

eMail

N° Sécurité Sociale

Date de Naissance

Profession

Statut Pro. (Si Indépendant :  
Caisse + Date de Création

Situation Familiale

Nom, Prénom Conjoint

D. Naissance conjoint

N° Sécurité Sociale  
Ccnjoint

Nbre, enfant rattachés du  
souscripteur

Nbre, enfant rattachés du  
Conjoint

Nom, Prénom (Enfant du  
souscripteur

Date de Naissance,  
(Sexe)

Nom, Prénom (Enfant du  
souscripteur

Date de Naissance,  
(Sexe)

Nom, Prénom (Enfant du  
souscripteur

Date de Naissance,  
(Sexe)

Nom, Prénom (Enfant du  
souscripteur

Date de Naissance,  
(Sexe)

Nom, Prénom (Enfant du  
conjoint)

Date de Naissance,  
(Sexe)

Nom, Prénom (Enfant du  
conjoint)

Date de Naissance,  
(Sexe)

Nom, Prénom (Enfant du  
conjoint)

Date de Naissance,  
(Sexe)

**Garanties Souhaitées** ☐ Hospitalisation ☐ Soins Courants (Consult, Labo, Radio ) ☐ Dentaire ☐ optique

Options

☐ Renfort Dentaire ☐ Renfort Optique ☐ Chambre Indiv, Lit accompagnant, assistance ☐ Cure Thermale (55)

☐ Ostéopathie ☐ Acupuncture ☐ Chiropractie ☐ Etiopathie ☐ Diététicien ☐ Autres, Précisez ci dessous

Modes de paiement  
Possibles

☐ Prélèvement

☐ Chèque

☐ Virement

☐ CB

Après étude des besoins du client, et communication des  
propositions d 'assurances, ce dernier choisi la formule suivante

Je certifie l 'exactitude des informations ci-  
dessus, sachant que toute modification  
entraîne un changement de tarif.

Lu et Approuvé, Signature

Ancien Contrat  
(Compagnie)

A Réaliser

**Cadre réservé  
au Courtier**

0

Devis Attendu le: