

## PREVAMAVIE

**La solution de prévoyance des thérapeutes membres de l'association AMAVIE.**

<b>QUESTIONNAIRE PREVOYANCE</b>
---------------------------------

NOM PRENOM	Née le	SIRET
NOM DE JEUNE FILLE	Profession	Raison Sociale
ADRESSE PERSONNELLE	Adresse Professionnelle	Tel :
Portable :	Enfant(s) à charge :	Situation de Famille :
Revenus Annuels de Références :	Votre poids : Votre taille :	

Bénéficiez-vous d'une rente ou d'une pension d'invalidité ? OUI  NON

Votre activité implique-t-elle des voyages à l'étranger ? OUI  NON

**GARANTIES CHOISIES / (cochez les garanties souhaitées)**

- **INDEMNITES JOURNALIERES** : (versement d'une indemnité journalière en cas d'arrêt de travail consécutif à une maladie, un accident ou une hospitalisation). **Garantie plafonnée à 50€/jour.**  
 OUI  (montant mensuel.....€) NON 
  - Durée d'indemnités journalières : 365 Jours
  - **FRANCHISE 30 JOURS TOUTES CAUSES**
  
- **INVALIDITE** : (versement d'une rente d'Invalidité maxi 1500 € à compter d'un taux d'invalidité de 33 %).  
 OUI  NON

- **FRAIS GENERAUX** : couverture de vos frais généraux et permanents engagés lors de l'arrêt de travail, (loyer, électricité, eau, impôts, salaires, leasings, etc...). **Garantie plafonnée à 50€/jour.**

OUI  (montant mensuel.....€) NON

○ Durée d'indemnités journalières : 365 Jours

○ **FRANCHISE 30 JOURS TOUTES CAUSES**

- **DECES** : Versement d'un capital, en cas de décès, de perte totale et irréversible de l'autonomie (PTIA) ou d'invalidité Permanente Totale (IPT) de l'assuré :

OUI  (Capital à assurer .....€) NON

CE DOCUMENT N'A PAS DE VALEUR DE DEVIS,

Etude préalable demandée le :...../...../.....

Seul le certificat d'adhésion et la note d'information sont les documents ayant une valeur contractuelle.

*A réception de ce document une étude personnalisée vous sera adressée.*

Date du jour :... /..... / .....

**Signature du prospect**