Questions complémentaires pour les assurances de personnes

(à ne remplir que si cette option est souhaitée)

SOCIETE
Raison sociale :
……
……

Les personnes à assurer sont-elles ou ont-elles déjà été assurées par une assurance collective perte de salaire en cas de maladie ? ❑ **oui** ❑ **non**

Si oui :

Auprès de quelles compagnies ?	Polices N°
……	……
……	……
……	……

L'acceptation d'une assurance collective désirée a-t-elle été refusée ? ❑ **oui** ❑ **non**

L'acceptation ou la prolongation d'une police a-t-elle été subordonnée à des conditions aggravantes ? ❑ **oui** ❑ **non**

LISTE DU PERSONNEL
(à compléter pour les demandes LPP)

Nom, prénom	Date de naissance	Salaire annuel	Prestation de libre passage

Ce document fait partie intégrante du questionnaire y relatif daté du ……

Timbre de l'entreprise :

…… , le ……

Signature du proposant : ……

Nom du soussigné : ……