



Assurances

Votre société indépendante
de courtage en assurances

ASSURANCE COLLECTIVE



POUR RENVOYER VOTRE DEMANDE, MERCI DE NOUS LA RETOURNER SOIT :

• **PAR COURRIER À**

PFA Assurances
31 Boulevard Jean Mathon
07200 AUBENAS

• **PAR FAX AU**

09 55 93 21 70
(Tél. 09 50 93 21 70)

• **PAR MAIL À**

contact@pfa-assurances.fr

www.pfa-assurances.fr

RCS AUBENAS 502 149 776 - ORIAS N° 08040624

Demande de tarification sur mesure

Merci de remplir une demande de tarification par collège à assurer

- Standard selon CSE ou PCE
 Sur mesure suivant cahier des charges

Identité de l'entreprise

Raison sociale du siège

Domiciliation du siège

Siret Code NAF

Convention collective applicable

Effectif total de l'entreprise : Cadres Non Cadres

Filiales à assurer

Raison sociale et domiciliation

Données démographiques

Pour chaque collège à garantir, fournir la liste des salariés avec les informations suivantes (utiliser le tableau au verso)

Nom Prénom • Date de naissance • Sexe • Situation de famille • Nombre d'enfants à charge • Date d'entrée • Salaire annuel brut

	Données démographiques majeures							Masse salariale		
	Nombre salariés	Nombre conjoints	Nombre enfants	Age moyen	Nombre femmes	Nombre célibataires sans enfant	Nombre familles	TA	TB	TC
Cadres	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Non Cadres	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ensemble du personnel	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Données relatives aux garanties en cours

Nom de l'assureur actuel

Taux de cotisations actuels	Santé		TA	Prévoyance	
	En euros	ou en % du PMSS		TB	TC
Cadres	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Non Cadres	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ensemble du personnel	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Fournir les conditions générales et les conditions particulières des garanties en cours

Données statistiques

FURNIR LE RAPPORT SINISTRES À PRIMES DES TROIS DERNIERS EXERCICES

Fournir la liste des prestations en cours (en cas d'oubli, l'employeur engage sa totale responsabilité à l'égard de ces personnes)

- Rente de conjoint
- Rente éducation
- Rente invalidité (y compris pour les anciens salariés ne faisant plus partie de l'effectif)
- Incapacité de travail

Informations à fournir concernant les bénéficiaires d'une prestation (utiliser le tableau au verso)

Nom Prénom • Date de naissance • Sexe • Situation de famille • Nombre d'enfants à charge • Date de l'arrêt • Nature de l'arrêt • Montant atteint • Règle de revalorisation

Pour obtenir ces informations, si nécessaire, interroger l'assureur actuel

GARANTIES À TARIFER (FOURNIR LE DESCRIPTIF DES PRESTATIONS)

SANTÉ

Collège à garantir Cadres Non Cadres Autres

Remplir un formulaire par collège

Données démographiques (pour chaque collège à garantir, fournir la liste des salariés avec les informations suivantes)

Nom et Prénom	Date de naissance	Sexe	Situation de famille	Nombre d'enfants à charge	Date d'entrée	Salaire annuel brut
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Adhésion obligatoire Adhésion facultative (uniquement pour le "sur mesure")

Type de tarif souhaité Date d'effet de la garantie

Uniforme Isolé/Famille Adulte/Enfant (obligatoire en santé facultative)

Régime de base Sécurité sociale Régime local Alsace-Moselle

Santé CSE **Sur mesure** (joindre le cahier des charges)

Niveau hospitalisation	Projet 1	Projet 2	<input type="checkbox"/> Sur mesure
Niveau soins médicaux	<input type="text"/>	<input type="text"/>	(joindre le cahier des charges)
Niveau optique	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Niveau dentaire	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

Tiers payant pharmacie Oui Non **Packs individuels** Oui Non

PRÉVOYANCE

Adhésion obligatoire uniquement Date d'effet de la garantie

Type de tarif souhaité TA TA + TB TA + TB + TC

Base des garanties TA TA + TB TA + TB + TC*

*Si TC couverte taux de cotisation TC majoré de 25 % prestations sur TC réduites de 20 %

PRÉVOYANCE PCE **Sur mesure** (joindre le cahier des charges)

Formule décès	Projet 1	Projet 2	<input type="checkbox"/> Sur mesure
Formule rente de conjoint	F <input type="text"/>	F <input type="text"/>	(joindre le cahier des charges)
Formule arrêt de travail	F <input type="text"/>	F <input type="text"/>	
Franchise maladie	<input type="text"/> J	<input type="text"/> J	
accident	<input type="text"/> J	<input type="text"/> J	
hospitalisation	<input type="text"/> J	<input type="text"/> J	

Liste des bénéficiaires d'une prestation : Indemnité journalière, rente invalidité, rente conjoint, rente éducation

Nom et Prénom	Date de naissance	Sexe	Situation de famille	Nombre d'enfants à charge	Date de l'arrêt	Nature de l'arrêt	Montant atteint	Règle de revalorisation
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....