

ADJ COURTAGE
SOCIETE DE COURTAGE D'ASSURANCE
980 avenue de la 2°DB
Centre d'Affaires Les Mousselières

30133 LES ANGLES

Téléphone: 04 32 70 00 84
Télécopie: 09 72 15 70 47
Mail : infos@adjcourtage.fr



DEMANDE DE DEVIS GRATUIT MAINTIEN DE REVENUS

à renvoyer à:
ADJ COURTAGE
980 avenue de la 2°DB
Centre d'Affaires Les Mousselières
30133 LES ANGLES

NOM : _____ Prénom : _____
Adresse : _____
Code Postal : _____ Ville : _____
Téléphone : _____ Portable : _____ Mail : _____

Date naissance	
Sexe	<input type="checkbox"/> masculin <input type="checkbox"/> féminin
Profession exacte	
Avez-vous fumé, même occasionnellement, au cours des 24 derniers mois	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non



30133 LES ANGLES

Téléphone: 04 32 70 00 84
Télécopie: 09 72 15 70 47
Mail : infos@adjcourtage.fr

Garanties souhaitées	Franchises : Accident / Hospitalisation / Maladie	Durée	Montant en €
Période 1	<input type="checkbox"/> 0 / 3 / 7 <input type="checkbox"/> 0 / 3 / 15 <input type="checkbox"/> 15 / 3 / 15 <input type="checkbox"/> 0 / 3 / 30 <input type="checkbox"/> 30 / 3 / 30 <input type="checkbox"/> 60 / 60 / 60 <input type="checkbox"/> 90 / 90 / 90 <input type="checkbox"/> 365 / 365 / 365	<input type="checkbox"/> 1 an	
		<input type="checkbox"/> 2 ans	
		<input type="checkbox"/> 3 ans	
Période 2	<input type="checkbox"/> 0 / 3 / 7 <input type="checkbox"/> 0 / 3 / 15 <input type="checkbox"/> 15 / 3 / 15 <input type="checkbox"/> 0 / 3 / 30 <input type="checkbox"/> 30 / 3 / 30 <input type="checkbox"/> 60 / 60 / 60 <input type="checkbox"/> 90 / 90 / 90 <input type="checkbox"/> 365 / 365 / 365	<input type="checkbox"/> 1 an	
		<input type="checkbox"/> 2 ans	
		<input type="checkbox"/> 3 ans	
Période 3	<input type="checkbox"/> 0 / 3 / 7 <input type="checkbox"/> 0 / 3 / 15 <input type="checkbox"/> 15 / 3 / 15 <input type="checkbox"/> 0 / 3 / 30 <input type="checkbox"/> 30 / 3 / 30 <input type="checkbox"/> 60 / 60 / 60 <input type="checkbox"/> 90 / 90 / 90 <input type="checkbox"/> 365 / 365 / 365	<input type="checkbox"/> 1 an	
		<input type="checkbox"/> 2 ans	
		<input type="checkbox"/> 3 ans	
Rente d'invalidité	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Si oui, montant ?	