



VOTRE DEMANDE D'ADHESION PROTECTION JURIDIQUE PROFESSIONNELLE

ATTENTION : La garantie Protection juridique couvre les litiges vous opposant à autrui en votre qualité de simple particulier, dans le cadre de votre vie privée ou de simple salarié, sous réserve des limitations et des exclusions communes prévues aux dispositions générales des contrats de tout fournisseur d'assurance, et à condition que les faits, les événements ou la situation, source du litige, **interviennent au moins 1 mois après la date de prise d'effet du présent contrat**, car l'assurance est un service qui fournit une prestation lors de la survenance **d'un événement incertain et aléatoire** souvent appelé "risque". La prestation, généralement financière, peut être destinée à un individu, une association ou une entreprise, en échange de la perception d'une cotisation ou prime

Date souhaitée : / /	<input type="checkbox"/> Assureur sélectionné :
Mode de paiement : <input type="checkbox"/> Annuel <input type="checkbox"/> Semestriel <input type="checkbox"/> Mensuel (attention le fractionnement de la cotisation engage des frais supplémentaires de 5% en moyenne)	<input type="checkbox"/> Formule sélectionnée :
<u>IL EST IMPOSSIBLE DE FAIRE UN TARIF SANS L'EXTRAIT KBIS ou de souscrire sans UN RIB</u>	
Nom de l'entreprise : _____	Date de création : / /
Nom du représentant Légal : _____	Prénom _____
Agissant en qualité de : _____	
Adresse complète de l'entreprise _____	
Code Postal : _____	ville : _____
Téléphone Fixe : _____	Téléphone Portable : _____ E-mail : _____

Éléments communs toutes activités

Nombre de salariés : _____	Nombre d'adhérents : _____	Nombre de véhicules : _____
<input type="checkbox"/> Propriétaire des locaux	<input type="checkbox"/> Locataire des locaux (si oui, date de renouvellement du bail) / /	
Le proposant est-il sous sauvegarde de justice, en redressement ou liquidation judiciaire oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>		
Chiffre d'affaires de l'année précédente : _____ euros HT / Pour l'exercice en cours : _____		
N° RC, RM, RCS : _____	N° Siren/ Siret _____	Code APE /NAF: _____

Artisan-Commerçant-Profession libérale-Société

Forme Juridique : <input type="checkbox"/> Nom Propre <input type="checkbox"/> SARL <input type="checkbox"/> EURL <input type="checkbox"/> Autre (préciser) :
Raison sociale : _____
Siege social, adresse professionnelle : _____
Autres établissements éventuels /adresse /date de création : _____
Filiales éventuelles /adresse/ date de création : _____

Association-Syndicat-Groupement

Nom : _____	Adresse _____
Objet social _____	Président : _____
Nombre de membres : _____	Budget Global annuel : _____ Montant de la cotisation annuelle _____

Agriculteur

Nom : _____	Adresse _____
Activité : _____	Forme d'exploitation : _____
Superficie totale exploitée : _____	Superficie totale exploitée en location : _____
Commercialisation directe : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non -Si oui laquelle : _____	Activité accessoire de diversification <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non - Si oui laquelle : _____

Éléments complémentaires

Le proposant a-t-il déjà été assuré en protection juridique au cours des 36 mois : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Si oui, date et motif de la résiliation : / / (joindre copie du contrat résilié)
Avez-vous déjà eu des procédures judiciaires dans les trente-six derniers mois : <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui (joindre détails par courrier)

Le proposant certifie que les réponses faites aux questions qui précèdent et le contenu des documents joints sont exacts sachant qu'en cas de réticence, fausse déclaration intentionnelle, omission ou déclaration inexacte, il s'expose aux sanctions prévues par les articles L113-8 et L113-9 du code des assurances

Le ___/___/___

Signature **TAMPON** précédé de la mention « lu et approuvé » DOSSIER à adresser à la STE LASSUREUR

--

5 Passage Marcilly
71100 CHALON SUR SAONE
Ou par mail en PDF
conseil@juridiqueassurances.com

MANDAT EXCLUSIF DE PLACEMENT ET DE GESTION

(ne concerne que les fournisseurs et/ou Assureurs sous saisine par nos soins)

(A faire remplir, signer et tamponner par le client)

Monsieur,

Je soussigné, _____

Représentant _____

Domicilié à _____

Vous informe avoir choisi comme mandataire, à l'exclusion de tout autre intermédiaire, le cabinet en référence ; Le présent ordre annule et remplace tout ordre qui aurait pu être donné antérieurement et ce pour saisine ferme de 12 mois sans pouvoir être remplacé sans l'accord préalable des deux.

Nom de l'affaire et adresse :

Mandate, à l'exclusion de tout autre Courtier,
le cabinet LASSUREUR ASSURANCESDIRECT.COM– 5 Passage Marcilly –71100 CHALON SUR SAONE

Agissant pour procéder à l'étude et la gestion des polices d'assurance auprès de ses fournisseurs :

Pour le placement et la gestion

- D'un risque situé a :

- Pour un contrat :

Pour le bon ordre, notre assureur conseil, le cabinet LASSUREUR ORIAS 09051556

Sera votre seul interlocuteur direct concernant ces contrats d'assurance.

Le présent mandat annule et remplace tout autre précédemment signé ou pouvant être signé.

Bon pour ordre ferme.

Fait à _____ le _____

Signature et **TAMPON** DU CLIENT :

Précédée des mots : Lu et approuvé

ATTENTION CE DOCUMENT DOIT ETRE TAMPONNE & SIGNE DU CLIENT UNIQUEMENT EN APPLICATION DE L'ARTICLE A 212-1 du CA & DES SANCTIONS APPLICABLES (L 113-8 et L 113-9 du CA)

