

Devoir de conseil



SAS AIM ET S dite Aims Assurances

66 avenue des Champs-Élysées

75008 Paris

N° SIREN 850752387

N° ORIAS 20 000 970

Le présent document retrace nos échanges et notre dialogue.

Cette démarche nous a permis, ensemble, de :

- Préciser votre situation personnelle et familiale.
- Définir vos souhaits et objectifs en matière d'assurance santé et/ou prévoyance.
- Mettre en évidence l'adéquation de notre offre *telle que nous l'adapterons ensemble à votre situation, sous réserve, le cas échéant, de l'acceptation technique et médicale de l'assureur concerné.*

Souscripteur

Civilité : Madame

Nom : Hamon

Prénom : Rachel

Adresse : 51 chemin du Champ de Mars 30121 Mus

Contrat d'assurance recherché

Complémentaire santé

Prévoyance

IARD

Vos besoins

Complémentaire santé

Quels sont vos besoins sur les 4 postes clés ci-dessous ? (Exprimés selon la « force » du besoin sur une échelle de 1 à 5 ; 1 : besoin le plus faible ; 5 : besoin le plus élevé).

Hospitalisation : 3

Chambre Particulière : 1

Consultation : 3

Dentaire : 5

Optique : 5

Prévoyance

Décès

Dépendance

Arrêt de travail

Devoir de conseil

IARD Habitation

Automobile

Moto

Notre proposition :

Vous reconnaissez, au préalable, avoir reçu un exemplaire du présent document, et l'ensemble des informations relevant de l'article L 520-1 et R 520-2 du Code des Assurances.

Au vu des besoins que vous avez exprimés lors nos échanges, nous vous recommandons de souscrire l'offre suivante : Garantie Equilibre Formule 6 de la compagnie partenaire NEOLIANE.

De plus, en considération de notre attachement à une meilleure protection sociale de votre profession d'assistante maternelle en général, de vous-même et de vos enfants en particulier, nous vous ferons bénéficier d'une réduction de 20% sur votre cotisation mensuelle soit une cotisation de 85,80 euros/mois, ceci jusqu'à la conclusion des semestres d'orthodontie réalisés par votre enfant dès la date d'effet de votre contrat soit le 01/01/2021.

Pour finir, et pour les mêmes raisons que celles évoquées ci-dessus, nous vous offrirons la première cotisation de l'année prochaine, soit le mois de janvier 2021, afin de vous aider à supporter le coût de vos besoins en optique non pris en charge par la Sécurité Sociale.

Nous vous transmettons, conjointement au présent document, un projet personnalisé détaillé présentant la garantie avec la cotisation mensuelle et le détail des prestations de la garantie proposée.

Nous attirons votre attention sur l'importance de la sincérité des réponses que vous apporterez aux questions posées par l'assureur. Toute fausse déclaration peut vous exposer à une annulation de votre contrat et à l'absence de couverture en cas de sinistre.

Vous reconnaissez avoir pris connaissance du contenu du présent document préalablement à l'adhésion au contrat d'assurance proposé ci-dessus, et avoir reçu une information sur l'étendue, la définition des risques et des garanties proposées en apposant ci-dessous votre signature précédée de la mention « lu et approuvé ».

Fait à Paris, le 14/10/2020

Le souscripteur

Votre courtier conseil (ORIAS : 20 000 970)

Rachel Hamon

Emmanuel Guéneret

Lu et approuvé
