Devis "Altus Évolution"

Assuré

Civilité : ☐Mme ☐ M.

Prénom : .....

Nom : .....

Date de Naissance : |__|__||__|__||__|__|__|__|

Téléphone : |__||__||__||__||__||__||__||__||__||__|

E-mail : .....

Profession : .....

☐**Fumeur** ☐**Non-fumeur**

Co-Assuré

Civilité : ☐Mme ☐ M.

Prénom : .....

Nom : .....

Date de Naissance : |__|__||__|__||__|__|__|__|

Téléphone : |__||__||__||__||__||__||__||__||__||__|

E-mail : .....

Profession : .....

☐**Fumeur** ☐**Non-fumeur**

Coordonnées des emprunteurs

Adresse : .....

.....

CP ..... **Ville** .....

Caractéristiques du ou des emprunt(s)

Montant de l'emprunt : ..... € **Durée en mois** : ..... mois **Taux d'intérêt** : ..... %

Montant de l'emprunt : ..... € **Durée en mois** : ..... mois **Taux d'intérêt** : ..... %

Montant de l'emprunt : ..... € **Durée en mois** : ..... mois **Taux d'intérêt** : ..... %

Garanties Socle

Assuré

		Quotités*
Décès/PTIA	**obligatoire**	..... %
ITT franchise 90 jours et IPT	☐ OUI ☐ NON	..... %
*ITT aménagement franchise***	*☐30 jours*	*☐180 jours*
PEI franchise 90 jours	☐ OUI ☐ NON	..... %

Co-Assuré

		Quotités*
Décès/PTIA	**obligatoire**	..... %
ITT franchise 90 jours et IPT	☐ OUI ☐ NON	..... %
*ITT aménagement franchise***	*☐30 jours*	*☐180 jours*
PEI franchise 90 jours	☐ OUI ☐ NON	..... %

Garanties optionnelles

Assuré

Invalidité Permanente Partielle (IPP)	☐OUI	☐NON
Mi-Temps Thérapeutique (MTT)	☐OUI	☐NON
MNOsans condition restrictive	☐OUI	☐NON
Décès accidentel	☐OUI	☐NON

Co-Assuré

Invalidité Permanente Partielle (IPP)	☐OUI	☐NON
Mi-Temps Thérapeutique (MTT)	☐OUI	☐NON
MNO sans condition restrictive	☐OUI	☐NON
Décès accidentel	☐OUI	☐NON

** Répartition de l'assurance entre assuré et co-assuré. Ne peut pas dépasser 100% sur chaque tête. Le total par risque (assuré/co-assuré) doit être au moins égal à 100%.*
*** La franchise ITT de base est de 90 jours. L'assuré a la possibilité de manière facultative de la réduire à 30 jours ou de la porter à 180 jours.*
PTIA : Perte Totale et Irréversible d'Autonomie
ITT Incapacité Temporaire Totale - IPT Invalidité Permanente Totale
PEI Perte d'Emploi Indemnisée réservée aux personnes exerçant une activité professionnelle en cas de chômage
MNO Maladie Non-Objectivable, ne pouvant pas être objectivement identifiée par le médecin mais prise en charge par l'assureur

À ..... Le |__|__||__|__||__|__|__|__|

Demande de devis à retourner à l'Union Mutame

SIGNATURE

UNION MUTAME ▪ 63 Boulevard de Strasbourg ▪ 75010 Paris Tél : 01 45 23 01 90 ▪ Fax : 01 45 23 25 84 ▪*E-mail :* *mutame.paris@mutame.fr*▪***www.mutame.com***▪MUTUELLE DES AGENTS TERRITORIAUX ET MEMBRES EXTERIEURS Mutuelle régie par le Livre II du Code de la Mutualité - SIREN 784 854 499