Demande d'information sans engagement

Nom		Prénom	
Adresse		CP + Ville	
Tél		Portable	
E.mail		Date de naissance	

Vous êtes

- ☐ Artisan, commerçant
- ☐ Entreprise
- ☐ Profession libérale

Vos besoins

Assurances

- Responsabilité Civile ☐
- Décennale ☐
- Multirisque professionnelle ☐

Placement /prévoyance

- Assurance vie / Epargne ☐
- Assurance de prêts ☐
- MADELIN / Art 83 ☐

Santé

- Santé Individuelle ☐
- Santé Collective ☐
- Autre ☐

Votre message

Envoyer

☒ J'accepte de recevoir, par courrier électronique, des informations émanant de votre société.

Conformément à la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification aux données personnelles vous concernant.

Seule notre société ou association est destinataire des informations que vous lui communiquez.