

# Assurance Emprunteur Demande de Tarification d'assurance

A retourner à :

Cabinet : DIFFUSION SANTE

Adresse : 38 RUE CARNOT 71300 MONTCEAU

Tél : 03 85 67 76 60

Fax : 03 85 67 76 69 MAIL : contact@diffusionsante.com

## ORGANISME PRETEUR

Nom de l'Agence :	
Adresse de l'Agence :	
Téléphone :	
Nom de l'interlocuteur :	

## EMPRUNTEUR

	Monsieur	Madame
Nom de l'assuré :		
Date de naissance :		
Profession :		
Fumeur ou Non Fumeur (Cocher la case)	<input type="checkbox"/> Fumeur <input type="checkbox"/> Non Fumeur	<input type="checkbox"/> Fumeur <input type="checkbox"/> Non Fumeur

## CARACTERISTIQUE DU PRET

Type de prêt : (Amortissable, In Fine, à taux 0%)	
Montant du capital à assurer :	
Taux du prêt :	
Durée du prêt :	