



DEMANDE DE TARIFICATION ASSISTANCE - MISSION

Raison sociale : _____
Activité de la société : _____
Adresse : _____
Ville : _____
Code postal : _____
Téléphone : _____
Télécopie : _____
Personne à contacter dans l'entreprise : _____
Téléphone : _____
Email : _____

INFORMATIONS RELATIVES A VOTRE ENTREPRISE

Effectif total	Nombre total de personnes se déplaçant par an	Nombre total de déplacements	Durée moyenne d'un déplacement

Capitaux Décès et Invalidité accidentels par personne :

- 40 000 €
- 80 000 €
- 160 000 €

Le soussigné déclare que les éléments ci-dessus sont sincères et conformes à la réalité.

Date :

Nom et qualité du signataire :

Signature :