



LETTRE DE MISSION

AUDIT DE CONTRATS - GESTION D'APPEL D'OFFRES EN PREVOYANCE

A/ AUDIT DE CONTRATS - GESTION D'APPEL D'OFFRES

Evaluation de la protection de votre famille en cas de décès.

- ↳ Mise en évidence d'une éventuelle carence entre votre niveau de besoin et votre niveau de couverture actuel.

Evaluation de vos garanties en cas d'arrêt de travail.

- ↳ Mise en évidence d'une éventuelle carence entre votre niveau de besoin et votre niveau de couverture actuel.

Evaluation de vos garanties en cas d'invalidité partielle ou totale.

- ↳ Mise en évidence d'une éventuelle carence entre votre niveau de besoin et votre niveau de couverture actuel.

Réalisation d'un appel d'offres en prévoyance, avec pour objectif la mise en évidence d'une solution optimisée en termes de coûts et de prestations et correspondant à vos besoins.

B/ ENTRETIEN INDIVIDUEL

Présentation de nos travaux et commentaires personnalisés au cours d'un entretien individuel téléphonique.

Exemplaire 1
Page 1/2

Signature :

www.medical-conseil.fr



PRIX ET DÉLAIS

Nos honoraires pour cette mission s'établissent à 450 € HT (540 € TTC).

Les délais d'intervention sont de 30 jours après l'obtention de tous les documents nécessaires à la réalisation de nos travaux.

Dès réception de votre demande, nous vous enverrons un double de la présente lettre de mission dûment signée par nos soins.

Je soussigné(e) Madame, Monsieur déclare avoir pris connaissance des conditions générales, notamment de ma faculté de renonciation, en acceptant les termes et donner mon accord pour la présente lettre de mission.

Fait en deux exemplaires à :

le :

Pour
Madame, Monsieur

Pour MEDICAL CONSEIL

Signature :

Signature :

Adresse e-mail :
(Cette adresse sera utilisée pour nos correspondances)

Merci de bien vouloir nous retourner les deux exemplaires de cette lettre de mission, signés et accompagnés de votre règlement, à l'adresse suivante :
MEDICAL CONSEIL - 70 Boulevard Barrier - 73100 AIX LES BAINS

Exemplaire 1
Page 2/2



LETTRE DE MISSION

AUDIT DE CONTRATS - GESTION D'APPEL D'OFFRES EN PREVOYANCE

A/ AUDIT DE CONTRATS - GESTION D'APPEL D'OFFRES

Evaluation de la protection de votre famille en cas de décès.

- ↳ Mise en évidence d'une éventuelle carence entre votre niveau de besoin et votre niveau de couverture actuel.

Evaluation de vos garanties en cas d'arrêt de travail.

- ↳ Mise en évidence d'une éventuelle carence entre votre niveau de besoin et votre niveau de couverture actuel.

Evaluation de vos garanties en cas d'invalidité partielle ou totale.

- ↳ Mise en évidence d'une éventuelle carence entre votre niveau de besoin et votre niveau de couverture actuel.

Réalisation d'un appel d'offres en prévoyance, avec pour objectif la mise en évidence d'une solution optimisée en termes de coûts et de prestations et correspondant à vos besoins.

B/ ENTRETIEN INDIVIDUEL

Présentation de nos travaux et commentaires personnalisés au cours d'un entretien individuel téléphonique.

Exemplaire 2
Page 1/2

Signature :

www.medical-conseil.fr



PRIX ET DÉLAIS

Nos honoraires pour cette mission s'établissent à 450 € HT (540 € TTC).

Les délais d'intervention sont de 30 jours après l'obtention de tous les documents nécessaires à la réalisation de nos travaux.

Dès réception de votre demande, nous vous enverrons un double de la présente lettre de mission dûment signée par nos soins.

Je soussigné(e) Madame, Monsieur déclare avoir pris connaissance des conditions générales, notamment de ma faculté de renonciation, en acceptant les termes et donner mon accord pour la présente lettre de mission.

Fait en deux exemplaires à :

le :

Pour
Madame, Monsieur

Pour MEDICAL CONSEIL

Signature :

Signature :

Adresse e-mail :
(Cette adresse sera utilisée pour nos correspondances)

Merci de bien vouloir nous retourner les deux exemplaires de cette lettre de mission, signés et accompagnés de votre règlement, à l'adresse suivante :
MEDICAL CONSEIL - 70 Boulevard Barrier - 73100 AIX LES BAINS

Exemplaire 2
Page 2/2