

QUESTIONNAIRE SANTE / PREVOYANCE

Souscripteur

(Joindre copie d'une pièce d'identité recto/verso en cours de validité)

Nom :

Prénom :

Profession :

Catégorie Socio-Professionnelle (Cadre, Non-cadre, Artisan, chef d'entreprise, ouvrier, profession libérale, autre...) :

Profession exacte :

Situation familiale :

Nationalité :

Date, Ville de naissance, code postal :

N° SS :

Régime obligatoire (Salarié, TNS, Agricole, Alsace-Moselle) :

Déductibilité Madelin Oui Non

(La déductibilité Madelin est possible si vous exercez une activité non salariée non agricole)

Adresse postale :

Code postal et commune :

Téléphone Portable :

Fixe :

Mail :

Merci de joindre la copie de votre tableau de garanties actuel et de votre dernier avis d'échéance

Et nous préciser les postes de remboursement que vous souhaitez améliorer et le niveau de remboursement recherché :

Hospitalisation

Soins courants

Dentaire

Optique

Médecine douce

Fait à

le

Signature