

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, autre...) :

Profession exacte :

Situation familiale :

Nationalité :

Date, Ville de naissance, code postal :

Salaire/Revenu annuel brut :

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 :

Si vous souhaitez garantir votre famille, merci de compléter ci-dessous :

Conjoint

Nom :

Prénom :

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

Date, Ville de naissance, code postal :

Téléphone :

Mail :

Profession :

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

Enfants

Nombre d'enfants :
Dont enfants à charge :

Nom :
Prénom :
Date, ville de naissance, code postal :

Nom :
Prénom :
Date, ville de naissance, code postal :

Nom :
Prénom :
Date, ville de naissance, code postal :

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

Fait à
Le

Signature