QUESTIONNAIRE SANTE ET PREVOYANCE COLLECTIFS

|  |
| --- |
| **Souscripteur** |

**(Joindre copie du KBIS, copie du Registre des bénéficiaires effectifs et copie pièce d’identité recto/verso du dirigeant)**

Raison sociale de l’entreprise :

Adresse :

Téléphone :

Correspondant :

Mail :

Activité exacte :

N° de Siret :

Code Naf :

CCN :

CA ou CA prévisionnel :

Effectif Total : Non cadres : Cadres :

Contrat Prévoyance :

[ ]  Ensemble du personnel

[ ]  Cadres [ ]  Non-Cadres

Contrat Santé :

Garanties pour : [ ]  Salarié seul [ ]  Extension aux ayants droits à charge de l’entreprise

[ ]  Ensemble du personnel

[ ]  Cadres [ ]  Non-Cadres

**Avez-vous un(e) ou plusieurs salarié(s) en cours d’arrêt de travail ?** [ ]  **Oui** [ ]  **Non**

**Si oui, depuis quelle date ?**

|  |
| --- |
| **A compléter pour chaque salarié** |

**(Vous pouvez joindre un tableau Excel regroupant les informations pour tous les salariés)**

Nom :

Prénom :

[ ]  Cadre ou [ ]  Non-cadre

Situation familiale :

Date, Ville de naissance, code postal :

Date d’entrée dans l’entreprise :

Salaire annuel brut :

N° SS :

Si conjoint :

Nom :

Prénom :

Date, Ville de naissance, Code postal :

Si vous avez des enfants :

Nombre d’enfants : Dont enfants à charge :

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 Signature

Le