

## 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