**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 :

Salaire/Revenu annuel brut :

- en qualité de salariée avec feuilles de salaire : €/an

- en qualité d’indépendant (TNS) avec factures ou notes d’honoraires : €/an

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

Et nous préciser les postes de remboursement que vous souhaitez améliorer par rapport à votre contrat actuel et le niveau de remboursement recherché :

Hospitalisation

Soins courants

Dentaire

Optique

Médecine douce

Fait à Signature

Le