

## 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

### 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

Le

Signature