

FICHE DE CONSEIL & DIAGNOSTIC DES BESOINS

Civilité :	Nom :	Prénom :
Adresse :		
Code Postal :	Ville :	
Téléphone :	Mail :	
Autres bénéficiaires :		

INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES

	OUI	NON
Bénéficiez vous d'une Aide à la Complémentaire Santé (ACS) ?		
Bénéficiez vous actuellement d'une Complémentaire Santé ?		
Vos garanties actuelles vous conviennent-elles ?		
Votre montant actuel de cotisation vous convient-il ?		
Connaissez-vous les conditions de résiliation de votre contrat actuel ?		

VOS BESOINS EN SANTE

Formule Sécurité : vos besoins sont ponctuels et vos dépenses relèvent en général du ticket modérateur

Formule Tranquillité : vous avez besoin du remboursement d'éventuels dépassements d'honoraires et frais d'optique et dentaire

Formule Sérénité : vous avez des dépenses importantes en santé et souhaitez profiter d'une couverture large

	SECURITE	TRANQUILLITE	SERENITE
Hospitalisation et Soins Courants <input type="checkbox"/> Si couverture maximale, privilégiez Sérénité			
Pharmacie <input type="checkbox"/> Si besoin des vignettes orange et bleues, à partir de Tranquillité			
Dentaire <input type="checkbox"/> Si vos besoins sont limités, privilégiez Sécurité ou Tranquillité			
Optique <input type="checkbox"/> Si forte correction, à partir de Tranquillité			
Bien Être <input type="checkbox"/> Si pas de médecine complémentaire, privilégiez Sécurité			

CHOIX DU PRODUIT

- Je reconnais avoir pris connaissance des éléments me permettant de choisir la formule la plus adaptée à mes besoins suite à ce formulaire
- J'ai été informé de mon droit de rétractation – dénonciation dans un délai de 14 jours calendaires révolus pour renoncer à votre adhésion sans avoir à justifier de motif ni à supporter de pénalités. Ce délai commence à courir à compter du jour de la date de signature du contrat. Pour exercer ce droit, envoyez une lettre en courrier recommandé avec avis de réception. Si des prestations ont été versées, vous vous engagez à les rembourser à la mutuelle et si des cotisations ont été perçues, la mutuelle vous les remboursera dans un délai de 30 jours.

Fait à _____ le _____ Signature _____