

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 A : vos besoins se limitent aux soins courants et à une éventuelle hospitalisation

Formule B : vous avez besoin d'une première couverture sur l'optique et le dentaire

Formule C : vous avez besoin d'une couverture plus large sur l'optique, dentaire et les audioprothèses

	A	B	C
Hospitalisation et Soins Courants <input type="checkbox"/> Vous êtes couvert au ticket modérateur (hors dépassements)			
Pharmacie <input type="checkbox"/> Seules les vignettes blanches et bleues sont remboursées			
Dentaire <input type="checkbox"/> Si vous avez besoin de soins, privilégiez B ou C			
Optique <input type="checkbox"/> Si vous avez besoin de soins, privilégiez B ou C			
Audioprothèse <input type="checkbox"/> Si vous avez besoin de soins, privilégiez C			

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 _____