

EX. CLIENT (à conserver)

ASSURANCE SANTE - DIAGNOSTIC DES BESOINS
Cabinet : ID NEUVES ASSURANCE – SOLIDAIRE ASSUR

RCS : 817 439 755

ORIAS : 160 000 591

Adresse : 517 avenue de la République
 59700 MARCQ EN BAROEUL

Le courtier est rémunéré sur la base d'une commission payée par l'assureur et incluse dans la prime d'assurance
Nom et Prénom du Conseiller :

 Agissant en tant que salarié gérant mandataire
 si différent, ORIAS : _____

Tel : 03 20 55 97 01

 E-mail : contact@solidaire-assur.com
 Document rempli avec mon conseiller

 Document rempli seul

Civilité : _____ Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____ Date de naissance : _____

Code Postal : _____ Ville : _____

Téléphone : _____ Mail : _____

Autres bénéficiaires (conjoint, enfants, ...) – indiquez leur date de naissance : _____

MIEUX VOUS CONNAITRE

Bénéficiez-vous d'une Aide à la Complémentaire Santé (ACS) ?	OUI	NON
Bénéficiez-vous actuellement d'une Complémentaire Santé ?	OUI	NON
Si oui, qui est votre assureur :		
Vos garanties actuelles vous conviennent-elles ?	OUI	NON
Votre montant actuel de cotisation vous convient-il ? Précisez : €	OUI	NON
Connaissez-vous les conditions de résiliation de votre contrat actuel ?	OUI	NON
<input type="checkbox"/> Contrat collectif à adhésion facultative <input type="checkbox"/> Contrat individuel		
Quelle est votre échéance annuelle :		
Souhaitez-vous que nous nous chargions d'expédier, en votre nom et pour votre compte, la lettre de résiliation en respectant les conditions, à votre assureur ou mutuelle actuel(le) ?	OUI	NON

RECHERCHES PRINCIPALES (1 SEUL CHOIX)

<input type="checkbox"/> Je souhaite une mutuelle moins chère
<input type="checkbox"/> Je souhaite une mutuelle plus couvrante
<input type="checkbox"/> Je souhaite avoir un interlocuteur de confiance
<input type="checkbox"/> Précisez :

VOS GARANTIES ACTUELLES ET SOUHAITEES

Le traitement de ces données se fait dans le respect du secret médical. Vos données personnelles sont traitées par les salariés de Solidaire Assur chargés de la relation client. Les données ne sont conservées que pour le temps strictement nécessaire à l'exécution et la gestion du contrat frais de santé, la finalité du traitement, ou pour satisfaire aux obligations légales.

Quel type d'établissement hospitalier fréquentez-vous ?	Public	Privé
Consultez-vous régulièrement des spécialistes pratiquant des dépassements ?	OUI	NON
Prévoyez-vous la pose de prothèses dentaires ?	OUI	NON
Bénéficiez-vous d'un équipement optique, lunettes ou lentilles ?	OUI	NON
Autres besoins spécifiques :		

Postes de garanties clés	Mes garanties actuelles	Mes garanties souhaitées		
Dépassements d'honoraires en hospitalisation % BR*	+	=	-
Chambre particulière € / jour	+	=	-
Prothèses dentaires (hors 100% Santé) % BR	+	=	-
Equipeement optique (hors 100% Santé) €	+	=	-
Pharmacie prescrite non remboursée € / an	+	=	-
Appareillage auditif (hors 100% Santé) % BR	+	=	-
Autre poste :	+	=	-
Autre poste :	+	=	-

*Base de remboursement de la sécurité sociale

LE CHOIX DE MA FORMULE

Selon mes besoins, je choisis :

- Formule Sécurité : besoins ponctuels et dépenses relevant du ticket modérateur, sans dépassements d'honoraires
- Formule Tranquillité : remboursement d'éventuels dépassements d'honoraires (uniquement médecins signataires du DPTM) et frais d'optique et dentaire renforcés
- Formule Sérénité : vous avez des dépenses importantes en santé, vous souhaitez une couverture large sur vos soins

Mon conseiller me recommande la formule :

Effet souhaité du contrat :

DISPOSITIONS PRECONTRACTUELLES

- Je reconnais avoir pris connaissance des éléments me permettant de choisir la formule la plus adaptée à mes besoins suite à ce formulaire je reconnais avoir reçu ces tarifs et garanties.
- 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.
- Je reconnais avoir reçu un exemplaire du présent document et l'ensemble des informations relevant de l'article L520-1 du Code des Assurances, et nous vous invitons à le conserver avec l'exemplaire de la demande de souscription vous revenant.

Conformément à l'article 32 de la loi du 6 janvier 1978 dite « Informatique et libertés », modifiée par la loi n°2004-801 du 6 août 2004, nous vous informons que le responsable du traitement de vos données personnelles est l'intermédiaire d'assurance signataire de la présente auprès duquel vous pourrez exercer vos droits d'accès et de rectification prévus par les articles 39 et 40 de la loi précitée.

Fait en deux exemplaires à

le

Signature