

QUESTIONARIO · SALUTE E MUTUELLE

Questionario assicurazione salute (mutuelle)

Raccolta delle informazioni necessarie allo studio — da rinviare a info@assudire.fr

Rispondete a ciò che vi riguarda: solo i vostri recapiti sono obbligatori. Nessuna domanda sulla vostra salute: confrontiamo garanzie, non cartelle cliniche.

1. VOI

Il contraente della polizza.

TITOLO : ☐ Signora ☐ Signor **Nome :** **Cognome :**

Data di nascita : **Stato civile :** ☐ Celibe / nubile ☐ Coniugato/a / unione civile ☐ Convivente
☐ Divorziato/a ☐ Vedovo/a

Indirizzo : **CAP :** **Città :**

Telefono : **Email :**

Professione : **Situazione :** ☐ Dipendente ☐ Lavoratore autonomo ☐ Pensionato/a ☐ Studente ☐ Senza attività

2. LE PERSONE DA ASSICURARE

Voi e, se del caso, il coniuge e i figli.

Persone da assicurare : ☐ Solo io ☐ Coppia ☐ Famiglia (con figli) ☐ Genitore solo con figli

Coniuge: nome e cognome : **Data di nascita del coniuge :** **Professione del coniuge :**

Numero ed età dei figli :

CAP di residenza : **Risiedete in Francia :** ☐ Sì ☐ No ☐ Trasferimento in corso

3. IL VOSTRO REGIME

Il regime obbligatorio rimborsa per primo; la mutuelle integra.

Il vostro regime obbligatorio : ☐ Regime generale (dipendente) ☐ Autonomo (SSI) ☐ Agricolo (MSA)
☐ Dipendente pubblico ☐ Alsazia-Mosella ☐ Studente / altro

Regime del coniuge : ☐ Regime generale (dipendente) ☐ Autonomo (SSI) ☐ Agricolo (MSA)
☐ Dipendente pubblico ☐ Alsazia-Mosella ☐ Studente / altro

Mutuelle aziendale obbligatoria : ☐ No ☐ Sì, per me
☐ Sì, per il coniuge

Contratto Madelin (autonomi) : ☐ Sì ☐ No
☐ Da consigliare

4. IL VOSTRO CONTRATTO ATTUALE

La vostra tabella delle garanzie attuale è il nostro termine di confronto.

Attualmente coperto/a : ☐ Sì ☐ No Mutuelle o assicuratore attuale : N. di polizza :

Scadenza della polizza : Premio attuale : € / mese Iscritto/a dal :

Tipo di contratto : ☐ Individuale ☐ Collettivo (aziendale) ☐ Contratto senior

Cosa non vi va più bene : ☐ Premio troppo alto ☐ Aumento di tariffa ☐ Rimborsi insufficienti ☐ Servizio e tempi
☐ Cambio di situazione

Dopo un anno di contratto, una mutuelle si disdice in qualsiasi momento, senza spese: ci occupiamo noi delle pratiche e non c'è alcun buco di copertura.

5. LE VOSTRE ESIGENZE

Le vostre priorità di rimborso : ☐ Ricovero ☐ Ottica ☐ Dentale (protesi, impianti) ☐ Audiologia ☐ Medicine dolci
☐ Maternità ☐ Cure di base e specialisti ☐ Equilibrato, tutte le voci

Livello desiderato : ☐ Economico ☐ Equilibrato ☐ Comfort ☐ Premium (dentale e ottica rafforzati)
☐ Da consigliare

Onorari oltre tariffa : ☐ Non necessario ☐ Preferibile ☐ Indispensabile
Camera singola in ospedale : ☐ Non necessario ☐ Desiderata

Pagamento : ☐ Mensile ☐ Trimestrale ☐ Annuale Decorrenza desiderata : ☐ Il prima possibile ☐ Entro un mese ☐ Alla scadenza attuale ☐ Più tardi
Budget previsto : € / mese

Precisazioni, vincoli o domande :

6. DOCUMENTI DA ALLEGARE

Bastano foto o scansioni.

☐ Attestato dei diritti all'assicurazione malattia ☐ Tabella delle garanzie del contratto attuale
☐ Ultimo avviso di scadenza ☐ IBAN

Qui non si chiede alcuna informazione medica. Se un assicuratore esigesse un questionario sanitario, vi sarebbe inviato direttamente, in forma riservata.

DICHIARAZIONE E FIRMA

Certifico l'esattezza delle informazioni sopra riportate, che costituiscono la base dello studio e, se del caso, della polizza. Ogni reticenza o falsa dichiarazione espone alle sanzioni degli articoli L.113-8 e L.113-9 del Codice delle assicurazioni francese. I dati raccolti sono trattati da ASSUDIRE per lo studio delle mie esigenze e la gestione della polizza, alle condizioni del documento informativo (sezione 8); accetto di essere ricontattato/a.

Luogo: Data:

Il contraente

Firma

Riservato ad ASSUDIRE

Ricevuto il · consulente · riferimento dello studio