

QUESTIONNAIRE · SANTÉ & MUTUELLE

Questionnaire mutuelle santé

Recueil des informations nécessaires à l'étude — à retourner à info@assudire.fr

Répondez à ce qui vous concerne : seules vos coordonnées sont obligatoires. Aucune question sur votre santé : nous comparons des garanties, pas des dossiers médicaux.

1. VOUS

Le souscripteur du contrat.

Civilité : ☐ Madame ☐ Monsieur **Prénom :** **Nom :**

Date de naissance : **Situation familiale :** ☐ Célibataire ☐ Marié(e) / pacsé(e) ☐ Vie maritale ☐ Divorcé(e)
☐ Veuf / veuve

Adresse : **Code postal :** **Ville :**

Téléphone : **E-mail :**

Profession : **Statut :** ☐ Salarié(e) ☐ Indépendant(e) / TNS ☐ Retraité(e) ☐ Étudiant(e) ☐ Sans activité

2. LES PERSONNES À COUVRIR

Vous, et le cas échéant votre conjoint et vos enfants.

Personnes à couvrir : ☐ Moi seul(e) ☐ Couple ☐ Famille (avec enfants) ☐ Parent seul avec enfants

Conjoint(e) : nom et prénom : **Date de naissance du conjoint :** **Profession du conjoint :**

Nombre et âge des enfants :

Code postal de résidence : **Vous résidez en France :** ☐ Oui ☐ Non ☐ Installation en cours

3. VOTRE RÉGIME

Le régime obligatoire rembourse en premier ; la mutuelle complète.

Votre régime obligatoire : ☐ Régime général (salarié) ☐ Indépendant (SSI) ☐ Agricole (MSA) ☐ Fonctionnaire
☐ Alsace-Moselle ☐ Étudiant / autre

Régime du conjoint : ☐ Régime général (salarié) ☐ Indépendant (SSI) ☐ Agricole (MSA) ☐ Fonctionnaire
☐ Alsace-Moselle ☐ Étudiant / autre

Mutuelle d'entreprise obligatoire : ☐ Non ☐ Oui, pour moi
☐ Oui, pour mon conjoint

Contrat Madelin (indépendants) : ☐ Oui
☐ Non ☐ À conseiller

4. VOTRE CONTRAT ACTUEL

Votre tableau de garanties actuel nous sert de point de comparaison.

Couvert(e) actuellement : ☐ Oui ☐ Non Mutuelle ou assureur actuel : N° de contrat :

Échéance du contrat : Cotisation actuelle : € / mois Adhérent(e) depuis :

Type de contrat : ☐ Individuel ☐ Collectif (entreprise) ☐ Contrat senior

Ce qui ne vous convient plus : ☐ Cotisation trop élevée ☐ Hausse de tarif ☐ Remboursements insuffisants
☐ Service et délais ☐ Changement de situation

Après un an de contrat, une mutuelle se résilie à tout moment, sans frais : nous nous chargeons des démarches et il n'y a aucun trou de couverture.

5. VOS BESOINS

Vos priorités de remboursement : ☐ Hospitalisation ☐ Optique ☐ Dentaire (prothèses, implants) ☐ Audiologie
☐ Médecines douces ☐ Maternité ☐ Soins courants et spécialistes ☐ Équilibré, tous les postes

Niveau souhaité : ☐ Économique ☐ Équilibré ☐ Confort ☐ Premium (renforts dentaire et optique) ☐ À conseiller

Dépassements d'honoraires : ☐ Pas nécessaire ☐ Souhaitable ☐ Indispensable
Chambre particulière : ☐ Pas nécessaire ☐ Souhaitée

Paiement : ☐ Mensuel ☐ Trimestriel ☐ Annuel Date d'effet souhaitée : ☐ Dès que possible ☐ Dans le mois ☐ À l'échéance de mon contrat ☐ Plus tard
Budget visé : € / mois

Précisions, contraintes ou questions :

6. PIÈCES À JOINDRE

Des photos ou des scans suffisent.

☐ Attestation de droits à l'assurance maladie ☐ Tableau de garanties du contrat actuel ☐ Dernier avis d'échéance
☐ RIB

Aucune information médicale n'est demandée ici. Si un assureur exigeait un questionnaire de santé, il vous serait adressé directement, sous pli confidentiel.

DÉCLARATION ET SIGNATURE

Je certifie l'exactitude des informations ci-dessus, qui servent de base à l'étude et, le cas échéant, au contrat. Toute réticence ou fausse déclaration expose aux sanctions des articles L.113-8 et L.113-9 du Code des assurances. Les données recueillies sont traitées par ASSUDIRE pour l'étude de mes besoins et la gestion du contrat, dans les conditions du document d'entrée en relation (rubrique 8) ; j'accepte d'être recontacté(e).

Fait à : Le :

Le souscripteur

Signature

Cadre réservé à ASSUDIRE

Reçu le · conseiller · référence de l'étude