

**FICHE D'INFORMATIONS SANTE**

Pour une étude précise, n'hésitez pas à joindre les copies de vos contrats actuels.

**Vos coordonnées**

Mr ou Mme : ..... Adresse : .....  
Code Postal : ..... Ville : ..... Téléphone : ..... Mail : .....

**Les bénéficiaires**

**Vous :** Nom : ..... Prénom : ..... Sexe :  M  F Date de naissance : ..... / ..... / .....  
Régime de Sécurité sociale :  Salarié  Non salarié  Agricole Profession : .....

**Conjoint :** Nom : ..... Prénom : ..... Sexe :  M  F Date de naissance : ..... / ..... / .....  
Régime de Sécurité sociale :  Salarié  Non salarié  Agricole Profession : .....

**Enfant :** Nom : ..... Prénom : ..... Sexe :  M  F Date de naissance : ..... / ..... / .....

**Enfant :** Nom : ..... Prénom : ..... Sexe :  M  F Date de naissance : ..... / ..... / .....

**Enfant :** Nom : ..... Prénom : ..... Sexe :  M  F Date de naissance : ..... / ..... / .....

**Enfant :** Nom : ..... Prénom : ..... Sexe :  M  F Date de naissance : ..... / ..... / .....

**Vos besoins**

Portez-vous des lunettes ou lentilles ?  oui  non  
Avez-vous des besoins particuliers en dentaire ?  oui  non  
Niveau de garantie actuel :  100 % du Ticket Modérateur  150 %  200 %

**Autres informations**

Assureur précédent : ..... Date anniversaire du contrat : ..... Montant de la dernière prime .....  
Mode de règlement :  Prélèvement  Chèque  CB / Fractionnement :  Mensuel  Semestriel  Annuel