Demande d'information sans engagement

CONSTRUIRE VOTRE COMPLEMENTAIRE SANTE

Date 16/10/08

1er assuré

Sexe ☐ F
☐ H

Date de naissance jj/mm/AA

Activité

Régime d'affiliation Sécurité sociale

2ème assuré

Sexe ☐ F
☐ H

Date de naissance jj/mm/AA

Activité

Régime d'affiliation Sécurité sociale

Enfants

Nombre d'enfants

Enfant 1 - Date de naissance jj/mm/AA

Enfant 2 - Date de naissance jj/mm/AA

Enfant 3 - Date de naissance jj/mm/AA

CHOIX DES GARANTIES

Niveau de remboursement souhaité 100% du Tarif Classique de Convention (TC)

Vos priorités

Chambre particulière ☐
Implants dentaires ☐
Lit accompagnant ☐
Autre

Avez-vous déjà une complémentaire santé ☐ Oui
☐ Non

Si oui date d'échéance (jj/mm/AA)

Demande d'information sans engagement

Quel est le budget mensuel en euros que vous êtes prêt à consacrer à votre couverture santé

Je souhaite recevoir mon projet personnalisé à l'adresse e-mail suivante :

Nom

Prénom

Adresse

CP + Ville

Tél

Portable

Votre message

Envoyer

Vous certifiez l'exactitude des renseignements que vous avez saisis

☒ J'accepte de recevoir, par courrier électronique, des informations émanant de votre société.

Conformément à la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification aux données personnelles vous concernant.

Seule notre société ou association est destinataire des informations que vous lui communiquez.