CLR ASSURANCES

À compléter par le souscripteur
* coordonnées obligatoires

QUESTIONNAIRE · ASSURANCE SANTÉ

Questionnaire mutuelle santé

Répondez à ce qui vous concerne : seules vos coordonnées sont obligatoires. Aucune question sur votre santé : je compare 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

Lieu de naissance : ..... **Nationalité :** ..... **Pays de résidence :** .....

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 :** .....

Enfants à charge :

Prénom	Date de naissance

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 me 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 : je me charge 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.

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. Mes données sont traitées par CLR Assurances pour l'étude de mes besoins et la gestion du contrat ; j'accepte d'être recontacté(e).

Fait à, le : ..... **Signature :** .....

Où renvoyer ce questionnaire ? Par e-mail à ludivine.roux@clr-assurances.com, avec vos pièces en photo ou en PDF. Je reviens vers vous sous 24 heures ouvrées.