

Fiche conseil Frais de santé



Votre conseiller	
Nom :	
Code :	
Tél. :	
Cadre réservé à la gestion	
N° devis :	
Date :	

Fiche à retourner signée avec votre demande d'adhésion

Le présent document a pour finalité de tracer vos besoins et exigences en Matière de couverture de frais de santé. Il permet de :

- préciser votre situation personnelle et familiale ;
- définir vos souhaits et objectifs en matière d'assurance santé ;
- mettre en évidence la cohérence de notre offre à votre situation.

Nous attirons votre attention sur l'importance de la sincérité des réponses que vous apporterez aux questions posées car elles conditionnent la cohérence de notre conseil avec votre situation. Cette dernière pouvant évoluer, il est nécessaire d'indiquer à la Mutuelle tout changement qui pourrait survenir afin que nous puissions procéder à une réévaluation de vos besoins et vous proposer, le cas échéant, l'adaptation de votre contrat.

SITUATION PERSONNELLE ET FAMILIALE

Nom de l'assuré : Prénom de l'assuré :
Adresse mail :

Personnes à garantir	Date de naissance	Régime Obligatoire
Assuré	_____	
Conjoint ⁽¹⁾	_____	
1 ^{er} enfant	_____	
2 ^e enfant	_____	
3 ^e enfant	_____	
.....	_____	

(1) A défaut de conjoint, le concubin ou la personne avec laquelle l'assuré a conclu un PACS

RECUEIL DES BESOINS ET EXIGENCES

Vous déclarez ne bénéficier ni de la Couverture Maladie Universelle complémentaire (CMU-C), ni d'une Aide à la Complémentaire Santé, ni sortir d'un contrat labélisé ACS. Dans le cas contraire, vous souhaitez bénéficier d'un contrat de complémentaire santé supplémentaire.

Vous déclarez ne pas sortir d'un contrat employeur de complémentaire santé du Groupe Malakoff Humanis depuis moins de 6 mois ou vous ne souhaitez pas bénéficier d'une offre de sortie.

Vous déclarez ne pas détenir un contrat de complémentaire santé ou souhaitez le remplacer ou le compléter.

Souhaitez-vous bénéficier d'un contrat éligible à la loi Madelin ? OUI NON

Etes-vous agent territorial bénéficiant d'une participation de l'employeur si contrat labellisé (Décret du 8/11/11) ? OUI NON

VOS BESOINS POUR LES PRINCIPAUX POSTES DE GARANTIES POUR VOUS ET LES MEMBRES DE VOTRE FAMILLE	
Vous avez recours à des praticiens – Soins Courants ou Hospitalisation - pratiquant des dépassements d'honoraire	<input type="checkbox"/> jamais <input type="checkbox"/> de 2 à 4 fois par an <input type="checkbox"/> plus de 4 fois par an

Vous souhaitez couvrir les frais de chambre particulière	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> de 45 à 70 € <input type="checkbox"/> plus de 70 €
Vous souhaitez compléter le remboursement des médicaments partiellement pris en charge par l'Assurance Maladie	<input type="checkbox"/> uniquement pour les médicaments remboursés à 65 % <input type="checkbox"/> au moins pour les médicaments remboursés à 65 % et à 30 % <input type="checkbox"/> pour tous les médicaments partiellement remboursés
Vous souhaitez couvrir des frais dentaires	<input type="checkbox"/> uniquement des soins (suivi, hygiène, détartrage) <input type="checkbox"/> des soins et prothèses dentaires <input type="checkbox"/> des soins, des prothèses dentaires et/ou de l'orthodontie enfant et/ou des implants dentaires
Vous souhaitez être couvert pour l'orthodontie « adulte » (assuré de plus de 16 ans), non remboursée par la Sécurité sociale	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> entre 350 € et 450 € par semestre <input type="checkbox"/> au-delà de 450 € par semestre
Vous souhaitez la prise en charge d'équipement optique	<input type="checkbox"/> non, ou d'équipement à correction faible <input type="checkbox"/> d'équipement composé de verres simples ou complexes (correction moyenne) <input type="checkbox"/> d'équipement composé de verres complexes ou hyper-complexes (correction forte)
Vous souhaitez la prise en charge d'appareillage	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui, du petit appareillage (orthopédie dont semelles/collants de contention ; Prothèses mammaires ; Prothèse capillaire) et/ou de l'audioprothèse <input type="checkbox"/> oui de tout appareillage (petit appareillage - orthopédie dont semelles/collants de contention ; Prothèses mammaires ; Prothèse capillaire, audioprothèse, fauteuil roulant)
Vous souhaitez compléter vos garanties par des prestations de confort telles qu'ostéopathe, acupuncteur, podologue, vaccins non remboursés (...)	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui

CAPACITES FINANCIERES

Pour votre complémentaire santé, vous envisagez de consacrer un budget mensuel compris entre et€.

SOLUTION CONSEILLEE

En fonction des besoins et des moyens que vous avez exprimés et que nous avons repris dans le présent document, nous avons convenu ensemble que la garantie correspondant le mieux à vos attentes est :

.....

Vous trouverez annexés à votre devis les garanties proposées, la cotisation, les conditions générales ainsi que la fiche d'informations précontractuelles européennes normalisées en matière de produits d'assurance de personnes.

REMUNERATION DU CONSEILLER

Nos intermédiaires d'assurance sont rémunérés principalement par le versement d'une commission.

SIGNATURE

Fait à : le :
Signature :

Les données personnelles collectées font l'objet d'un traitement par votre intermédiaire d'assurance aux fins de vous proposer une solution adaptée à vos exigences et à vos besoins, conformément à ses obligations d'information et de conseil, et de fourniture des conditions tarifaires, sur la base de l'exécution de mesures précontractuelles. Ces informations pourront également être traitées dans le cadre du respect d'autres obligations légales, et à des fins de lutte contre la fraude, sur la base de l'intérêt légitime de votre intermédiaire d'assurance. La fourniture des informations obligatoires est nécessaire au traitement de votre demande. Elles ne sont destinées qu'aux services compétents intervenant dans ce cadre ainsi qu'aux tiers dûment habilités lorsque cette communication est strictement nécessaire pour la (ou les) finalité(s) déclarée(s). Les données personnelles collectées ne seront pas conservées au-delà de la durée nécessaire à la réalisation des finalités déclarées, à laquelle s'ajoutent les durées de prescription légales applicables. Toute personne concernée peut en demander l'accès, la rectification, l'effacement, la portabilité, demander une limitation du traitement ou s'y opposer, et définir des directives post mortem en écrivant à votre intermédiaire d'assurance, dont les coordonnées figurent sur le bulletin d'affiliation fourni. Si elle estime que ses droits ne sont pas respectés, toute personne concernée peut introduire une réclamation auprès de la CNIL.