

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

- Préciser votre situation personnelle et familiale ;
- Définir vos souhaits et objectifs en matière de complémentaire 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.

Date de l'entretien :

Date d'effet souhaitée :

SITUATION PROFESSIONNELLE ET FAMILIALE	
Nom/Prénom :	né(e) le :
Adresse postale :	
Téléphone et mail :	Régime obligatoire* : *CPAM, MSA, MGEN, ... ALD/Invalidité :
AYANT DROITS (nom, prénom / date de naissance / régime obligatoire)	
RECUEIL DES BESOINS ET EXIGENCES	
Souhaitez-vous couvrir les frais dentaires ?	<input type="radio"/> Uniquement des soins <input type="radio"/> Des soins et des prothèses dentaires <input type="radio"/> Des soins, des prothèses dentaires, l'orthodontie enfant <input type="radio"/> Des implants
Souhaitez-vous la prise en charge d'équipements optiques ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Lentilles ?
Souhaitez-vous la prise en charge de prothèses auditives ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
En cas d'hospitalisation, souhaitez-vous la prise en charge de la chambre particulière/individuelle ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Notes supplémentaires :	
SOLUTION CONSEILLÉE	

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 :

Solution conseillée :
Solution choisie par l'assurée :

Vous trouverez annexés à votre devis les garanties proposées, la cotisation mensuelle, le délai des prestations, ainsi que le document d'information sur le garantie santé (fiche IPID). Votre conseiller n'est pas rémunéré en fonction de la garantie proposée ni choisie.

Fait à _____ en deux exemplaires, le

Signature du souscripteur

Signature du conseiller

RATIOS D'EQUILIBRE ET DE FRAIS DE GESTION (ARRETE DU 6 MAI 2020)

« Le ratio entre le montant des prestations versées pour le remboursement et l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident et le montant des cotisations ou primes afférentes à ces garanties, représente la part des cotisations ou primes collectées, hors taxes, par l'organisme assureur au titre de l'ensemble des garanties couvrant le remboursement ou l'indemnisation des frais précipités, qui est utilisée pour le versement des prestations correspondant à ces garanties. Celui-ci est de 76,31 % en 2024. »

« Le ratio entre le montant total des frais de gestion au titre du remboursement et de l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident et le montant des cotisations ou primes afférentes à ces garanties, représente la part des cotisations ou primes collectées, hors taxes, par l'organisme assureur au titre de l'ensemble des garanties couvrant le remboursement ou l'indemnisation des frais précipités, qui est utilisée pour le financement des frais de gestion. Celui-ci est de 19,91 % en 2024. »

« Ces frais de gestion recouvrent l'ensemble des sommes engagées pour concevoir les contrats, les commercialiser (dont le réseau commercial, le marketing, les commissions des intermédiaires), les souscrire (dont l'encaissement des cotisations, la gestion des résiliations, le suivi comptable et juridique) et les gérer (dont le remboursement, la gestion du tiers payant, l'information client, l'assistance, les services, les prestations complémentaires), c'est-à-dire accomplir toutes les tâches incombant à l'organisme assureur dans le respect des garanties contractuelles. »

Fait à _____ le _____

Signature du souscripteur