

## Demande de tarification Santé

Si Apporteur ? indiquez votre code :

Cachet de votre cabinet :

### Souscripteur

Nom	
Adresse	
Code postal - Ville	
Date de naissance	
Profession	<input type="checkbox"/> Salarié <input type="checkbox"/> Artisan-Commerçant <input type="checkbox"/> Libérale Fonctionnaire <input type="checkbox"/> Retraité <input type="checkbox"/> Sans profession <input type="checkbox"/> Etudiant
Statut matrimonial	<input type="checkbox"/> Célibataire, Divorcé, Veuf <input type="checkbox"/> Marié
Infirmité / Maladie grave	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Nature infirmité/Maladie :
Assuré à son nom	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Depuis le :
Compagnie	

## Bénéficiaire

Monsieur :	Date de naissance :	Régime :
Madame :	Date de naissance :	Régime :
1 <sup>er</sup> enfant :	Date de naissance :	Régime :
2 <sup>ème</sup> enfant :	Date de naissance :	Régime :
3 <sup>ème</sup> enfant :	Date de naissance :	Régime :
4 <sup>ème</sup> enfant :	Date de naissance :	Régime :
5 <sup>ème</sup> enfant :	Date de naissance :	Régime :

## Garanties

Quelles sont les garanties sur lesquelles vous souhaitez mettre l'accent ?	
<input type="checkbox"/>	Hospitalisation
<input type="checkbox"/>	Soins courants
<input type="checkbox"/>	Optique
<input type="checkbox"/>	Dentaire
<input type="checkbox"/>	Orthodontie
<input type="checkbox"/>	Appareillage
<input type="checkbox"/>	Autre, précisez

Prime actuelle :

Merci de nous transmettre votre dossier par mail ou fax :

service.info@jlassure.com ou 09.59.53.91.90