

Demande d'assurances maladie complémentaires

Données clients

Nom _____	Etat Civil _____
Prénom _____	Nationalité _____
Date de naissance _____	Rue _____
Téléphone _____	_____
Permis de séjour <input type="radio"/> B <input type="radio"/> C <input type="radio"/> Autres _____	NPA _____
Depuis _____	Ville _____
Statut _____	Sexe <input type="radio"/> M <input type="radio"/> F
	Début du contrat _____

Assurance Complémentaire

Quel(s) domaine(s) ont de l'importance pour vous ? (Sur une échelle de 1 à 10)

Assurances complémentaires pour les traitements ambulatoires

Promotion de la santé	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Médecine complémentaires	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Prévention	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Protection à l'étranger	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Lunettes et lentilles de contact	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Médicaments et moyens auxiliaires	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Transport et sauvetage en Suisse	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Traitements dentaires	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Traitements ambulatoires	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Checks-ups	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Protection juridique	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Formes de thérapie spéciales	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Assurances complémentaires d'hospitalisation

Division commune	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Sélection en souplesse de la division	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Division demi-privée	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Division privée	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Début de l'assurance _____

Companies souhaitées _____

Votre budget mensuel pour les complémentaires _____
CHF _____

Y a-t-il d'autres personnes assurées au sein de la même compagnie d'assurance ?

Dernier assureur _____ Expiration _____

Remarques _____

