Demande d'étude personnalisée

Civilité : ☐ M. ☐ Mme

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

_____

Code Postal : _____ Ville : _____

Tél. domicile : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Tél. portable : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Contact E-mail : _____

Situation familiale : ☐ Célibataire ☐ Marié (e) ☐ Veuf (ve)
☐ Divorcé (e) ☐ Séparé (e) ☐ Pacsé (e)
☐ Concubin (e)

Votre date de naissance : |_|_|_|_|_|_|_|_|

La date de naissance de votre conjoint : |_|_|_|_|_|_|_|_| Nombre d'enfants : |_|_|

Régime sécurité sociale :

☐ Assurance Maladie pour les salariés
☐ Régime Social des Indépendants (RSI), pour les professions libérales et TNS
☐ Mutuelle Sociale Agricole (MSA) pour les agriculteurs
☐ Régime local Alsace-Moselle ou régime Minier

Votre besoin en Mutuelle

	Besoin faible	Besoin Moyen	Besoin fort
Hospitalisation	☐	☐	☐
Soins courants	☐	☐	☐
Dentaire	☐	☐	☐
Optique	☐	☐	☐
Autres prestations	☐	☐	☐

Date d'adhésion souhaitée : 01/……/2020

Formulaire à nous renvoyer

Soit par mail à : mutuelledepontoise@fmp.fr

Soit par courrier au : 77 bis, rue de Gisors – Résidence Wimbledon – 95300 PONTOISE