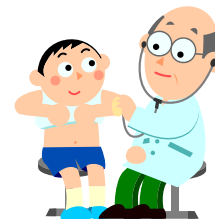


## DEVIS SANTE

*Si vous souhaitez obtenir un tarif pour une complémentaire santé, il vous suffit de renseigner l'ensemble des champs ci-dessous et de nous retourner le document par courrier ou par fax.*

*Dès réception, nous traitons votre demande dans la journée !*



### VOS COORDONNEES

Déjà client auprès de l'agence :  Oui  Non

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Adresse e-mail : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_

Sexe :  masculin  féminin

### PERSONNE(S) QUE VOUS SOUHAITEZ ASSURER

Vous même :  oui  non

Votre conjoint : Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_ Date de naissance \_\_\_\_\_ Sexe  m  f

Vos enfants : Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_ Date de naissance \_\_\_\_\_ Sexe  m  f  
Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_ Date de naissance \_\_\_\_\_ Sexe  m  f  
Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_ Date de naissance \_\_\_\_\_ Sexe  m  f

Régime obligatoire :  Salarié régime général  
 Salarié régime Alsace Moselle  
 Travailleur non salarié  
 Frontalier

### LES GARANTIES

Niveau de garantie souhaitez :

- Priorité budget, pour s'assurer sur l'essentiel (100%)
- Priorité équilibre, le bon mix remboursement/budget (150%)
- Priorité confort, pour un niveau de garantie élevé (200%)