

JE SOUHAITE RECEVOIR VOTRE PROPOSITION SUR LE CONTRAT 100% SANTÉ SANS ENGAGEMENT DE MA PART

Nom* :

Prénom* :

Date de naissance (JJ/MM/AAAA)* : _____

Profession* :

Libéral Salarié Mixte

Adresse* :

Code Postal* : _____ Ville* : _____

Courriel/email* :

Téléphone* :

** obligatoire*

À TITRE PERSONNEL

CONJOINT(E) (compléter si le conjoint doit être assuré)

Nom (ou nom de jeune fille) :

Prénom :

Date de naissance (JJ/MM/AAAA) : _____

Profession :

Libéral Salarié Mixte

ENFANT(S) (ne compléter que si le ou les enfants doivent être assurés)

Nombre d'enfants à assurer : _____

Âge des enfants à assurer : _____

Niveau de garantie de remboursements : 100 % - 150 % - 200 % - 250 % - Autre : _____ %

POUR LE CABINET Contrat Santé Collectif du personnel (loi ANI)

Nombre de salariés : _____

Âge moyen des salariés en 2019 : _____

Niveau de garantie de remboursements : 100 % - 150 % - 200 % - 250 % - 300 % - Autre : _____ %

MON ASSURANCE Facile

PAR  SCAMED

79, rue de Tocqueville
75017 PARIS

Tél. 01 55 65 05 60

www.mon-assurance-facile.fr

À ADRESSER

• par courrier : SCAMED

79, rue de Tocqueville

75017 PARIS

• par email : info@scamed.fr

Les demandes de devis nécessitent un minimum d'informations sans lesquelles ces dernières ne peuvent être traitées. Dès lors, des champs indispensables et obligatoires sont précisés.

Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné au bon traitement de vos demandes de devis.

Les destinataires des données sont la société SCAMED par l'intermédiaire de Mr ANSQUER, son Responsable à la Protection des Données.

Conformément à la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée en 2004, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent, que vous pouvez exercer en vous adressant : - par écrit : SCAMED - 79 rue de Tocqueville, 75017 PARIS - par email : info@scamed.fr