

#### Informations préalables

Cette étude, valant fiche d'information et de conseil est nécessaire et obligatoire :

- Pour mieux vous connaître ;
- Pour nous assurer de part et d'autre que vos besoins et attentes ont bien été pris en compte.

**A NOTER : Mutuelle Mip propose exclusivement des garanties liées aux frais de soins de santé (mutuelle). En conséquence, nous ne serons pas en mesure de vous proposer de contrat couvrant des garanties telles que le maintien de salaires, l'assurance emprunteur, le décès ou l'accident.**

Nous vous remercions de bien vouloir en valider l'exactitude avant signature. Un exemplaire doit être conservé par vos soins, l'autre doit nous être retourné :

- Soit en le déposant sur notre portail [www.mutuelle-mip.fr](http://www.mutuelle-mip.fr),
- Soit par courrier à l'adresse suivante : Mutuelle Mip – Service Adhésion Individuelle – 107 rue Saint-Lazare | CS 23203 | 75009 PARIS.

#### Votre identité

☐ Madame ☐ Monsieur

Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance :

Code Postal :       Ville : .....

Régime d'assurance maladie : ☐ Général ☐ Alsace Moselle ☐ Autre : .....

Activité : ☐ Salarié ☐ Travailleur Non Salarié (TNS) ☐ Agent Fonction publique Territoriale  
☐ Sans emploi ☐ Etudiant ☐ Retraité  
☐ Autre : .....

Etes-vous bénéficiaire de la Complémentaire Santé Solidaire (C2S) ? : ☐ Oui ☐ Non

#### Vos besoins

**L'objectif est de définir de façon précise vos attentes en matière de complémentaire santé, afin de vous conseiller au mieux et de vous proposer un contrat adapté à votre situation, à votre budget ainsi qu'aux besoins que vous aurez exprimés.**

#### Les bénéficiaires

Pour : ☐ Vous ☐ Vous et votre conjoint(e). Date de naissance de votre conjoint(e) :

Souhaitez-vous assurer vos enfants à charge : ☐ Oui ☐ Non

Date de naissance des enfants à assurer :       1<sup>er</sup> enfant       2<sup>ème</sup> enfant       3<sup>ème</sup> enfant

L'affiliation des enfants à charge âgés de plus de 20 ans est soumise à conditions décrites dans la Notice d'information.

#### Vos besoins spécifiques, une seule réponse par question

- 1) Vous bénéficiez déjà d'une couverture complémentaire (en tant que salarié par exemple) et vous souhaitez améliorer vos remboursements avec une garantie surcomplémentaire ?  
☐ Oui    ☐ Non
- 2) Vous souhaitez une garantie qui couvre uniquement les frais d'hospitalisation ?  
☐ Oui    ☐ Non
- 3) Vous consultez des professionnels de santé avec dépassements d'honoraires  
☐ Jamais    ☐ Occasionnellement    ☐ Régulièrement    ☐ Très régulièrement
- 4) Votre vue nécessite un équipement optique ou le port de lentilles :  
☐ Jamais    ☐ Occasionnellement    ☐ Tous les 2 ans    ☐ Tous les ans
- 5) Vos besoins en dentaire :  
☐ Minimum    ☐ Modérés    ☐ Importants    ☐ Très importants
- 6) Avez-vous besoin d'audioprothèses :  
☐ Oui    ☐ Non
- 7) La médecine douce pour vous, c'est :  
☐ Jamais    ☐ Occasionnellement    ☐ Régulièrement    ☐ Très régulièrement
- 8) Vous êtes exigeant(e) sur vos remboursements et souhaitez une garantie optimale offrant des remboursements élevés sur tous les postes  
☐ Oui    ☐ Non
- 9) Avez-vous déjà été adhérent(e) Mip ? ☐ Oui    ☐ Non. Si Oui sous quel numéro d'adhérent ? .....

#### Votre budget

De quel budget mensuel disposez-vous pour financer cette couverture santé : . . . . . €

#### A quelle date souhaitez-vous faire débuter votre couverture ?

Date d'effet de votre adhésion :

#### Demandes spécifiques

#### Quelles sont vos préférences de communication

Adresse e-mail : ..... @ .....

*En communiquant votre adresse électronique, vous consentez à recevoir votre devis par ce moyen dans un délai de 5 jours ouvrés de la part de Mutuelle Mip, ainsi qu'à être contacté(e) afin de donner suite à votre demande de devis et, le cas échéant, finaliser votre adhésion.*



MUTUALITÉ  
FRANÇAISE

Pour être recevable, cette saisine doit intervenir avant l'expiration d'un délai d'un (1) an suivant la réclamation écrite formulée auprès de la Mutuelle.

### Proposition personnalisée

En fonction des besoins et attentes que vous aurez exprimés, nous vous adresserons un devis personnalisé détaillant la ou les garanties proposées, ainsi que le montant des cotisations mensuelles.

Il constitue une solution au regard de votre situation, des besoins et du budget consenti.

Nous restons à votre entière disposition et nous vous prions de croire à l'assurance de nos sentiments les meilleurs.

Votre Conseiller Mutuelle Mip

Document à nous retourner dûment signé et rempli directement sur le site [www.mutuelle-mip.fr](http://www.mutuelle-mip.fr) en cliquant sur le logo Mip, puis à la rubrique "Des garanties adaptées à vos besoins" cliquer sur l'icône "Les particuliers"

Ou par courrier électronique à : [monoffresante@mutuelle-mip.fr](mailto:monoffresante@mutuelle-mip.fr)

ou par courrier à l'adresse suivante : Mutuelle Mip – Service Adhésion individuelle - 107 rue Saint-Lazare | CS 23203 | 75009 PARIS



Fait à : ..... Le : .....

Votre signature :