

## DEMANDE D'INFORMATIONS SUR LE CONTRAT SANTÉ

Votre demande concerne :

Moi seul      Mon conjoint      Mon ou mes enfants      Mes ascendants  
Autre      Nom de l'entreprise d'origine

### Informations personnelles

---

M.      Mme      Mlle  
Nom      Prénom  
Adresse  
Code postal      Ville  
Numéro de téléphone      Date de naissance

### Votre changement de situation

---

Retraite      Licenciement      Démission  
Autre      Date

OUI, je souhaite recevoir une information gratuite, individuelle et sans engagement sur le contrat santé.

**Vous pouvez remplir le formulaire directement en ligne OU l'imprimer et le remplir à la main.  
Vous pouvez également nous adresser ce coupon à l'adresse suivante :**

**Euroditas – 31 rue Tronchet – 75008 Paris**

Nous collectons ces données afin de vous communiquer l'information que vous avez sollicitée. Nous utilisons également votre adresse postale pour vous adresser des publications sur nos produits. Si vous ne souhaitez pas recevoir de telles sollicitations, cochez la case ci-dessous :

Je ne souhaite pas recevoir des informations sur les offres, produits et services de la société Euroditas (courrier, téléphone, SMS, MMS, email).