

Évaluation des demandes et des besoins – clients potentiels du groupe

À compléter par un client potentiel ou au nom d'un client potentiel :

Suite à l'entrée en vigueur de la directive de distribution d'assurances (DDA ou IDD), nous avons l'obligation légale de documenter nos conseils personnalisés en fonction de vos souhaits et de vos besoins. Si vous le souhaitez, vous pouvez renoncer à ce droit avant la conclusion du contrat.

Pour ce contrat, je renonce aux conseils personnalisés et à leur documentation. Je reconnais être conscient(e) que ceci pourrais avoir un effet défavorable quant aux revendications en dommages-intérêts.

Titre	Prénom	Nom
Entreprise	Nom de l'entreprise	
Adresse	Nom/numéro du bâtiment	Rue
	Ville	Code postal/indicatif régional
	Région	Pays
Données de contact	Adresse e-mail	

Nombre d'employés à couvrir par l'assurance :

Durée prévue des affectations d'employés à l'étranger (Veuillez sélectionner tout ce qui s'y rapporte) :

Moins de 3 mois 3–12 mois 1–5 ans 5 ans +

Pays dans lesquels vous enverrez des expatriés (pays d'accueil) :

Avez-vous déjà une assurance santé pour vos employés ? Oui Non

Si oui, quelle couverture ont vos employés ?

- Couverture internationale (en dehors de votre pays d'origine)
 Couverture locale (dans votre pays d'origine)
 Assurance voyage pour les voyages d'affaires
 Hospitalier Ambulatoire Dentaire Assistance Maternité

Fournisseur d'assurance actuel :

Si vous avez déjà une assurance santé pour vos employés, pourquoi souhaitez-vous changer de fournisseur ?

Vos employés auront-ils une couverture maladie légale dans leur pays d'accueil ?

Oui Non

Avez-vous besoin d'une couverture pour les personnes à charge qui accompagnent le(s) employé(s) à l'étranger ?

Oui Non

En fonction de vos attentes, quelle couverture anticipez-vous de votre assurance santé ?

- Couverture internationale (en dehors de votre pays d'origine)
 Couverture locale (dans votre pays d'origine)
 Hospitalier Ambulatoire Dentaire Assistance Maternité

Envisagez-vous d'appliquer une franchise annuelle à votre couverture pour réduire la prime ?

- Oui Non, je ne veux pas que mes employés paient des frais supplémentaires pour leur traitement

Dans quelle devise souhaitez-vous recevoir l'offre ?

- EUR USD GBP

Complété le (date) :

Nom du client potentiel :

Signature du client potentiel :

Sous quelle forme souhaiteriez-vous recevoir l'information relative à votre demande d'adhésion :

- Papier E-mail

À compléter par Globality Health :

D'après les informations fournies par _____ le _____
(nom du client) (date)

les options suivantes pourraient être considérées pour répondre aux besoins du client :

	Globality CoGenio® Classic	Globality CoGenio® Plus	Globality CoGenio® Top
	Franchise : <input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> 250 €/325 \$/210 £	Franchise : <input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> 250 €/325 \$/210 £ <input type="checkbox"/> 500 €/650 \$/420 £ <input type="checkbox"/> 1 000 €/1 300 \$/840 £	Franchise : <input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> 250 €/325 \$/210 £ <input type="checkbox"/> 500 €/650 \$/420 £ <input type="checkbox"/> 1 000 €/1 300 \$/840 £
	Approche modulaire		
<input type="checkbox"/> Aucune option appropriée	Traitement hospitalier : <input type="checkbox"/> Classic <input type="checkbox"/> Plus <input type="checkbox"/> Top	Traitement ambulatoire : <input type="checkbox"/> Classic <input type="checkbox"/> Plus <input type="checkbox"/> Top	Traitement dentaire : <input type="checkbox"/> Classic <input type="checkbox"/> Plus <input type="checkbox"/> Top

Commentaires :

Complété le (date) :

Nom de l'intermédiaire :

Signature de l'intermédiaire :