

Beoordeling van behoeften – potentiële klantengroep

In te vullen door potentiële klant of in naam van potentiële klant:

Als onderdeel van de richtlijn Verzekeringsdistributie (IDD) zijn we verplicht om ons persoonlijk advies aan u te documenteren op basis van uw wensen en behoeften. Indien u dit wenst, kunt u hiervan afzien voor het sluiten van het contract.

- Voor dit contract wil ik afzien van gepersonaliseerde advies en het documenteren van deze. Ik ben me ervan bewust dat dit een negatieve invloed kan hebben op de beoordeling van mijn vorderingen op vergoedingen.

Titel	Voornaam	Familienaam
Bedrijf	Naam bedrijf	
Adres	Gebouw/nummer	Straat
	Plaats/stad	Postcode
	Regio	Land
Contactgegevens	E-mailadres	

Aantal medewerkers die moeten worden gedekt door de verzekering:

Verwachte duur van opdrachten voor medewerkers in het buitenland (selecteer alles wat van toepassing is):

- Minder dan 3 maanden 3–12 maanden 1–5 jaar 5 jaar +

Landen waar u medewerkers naartoe stuurt om te wonen als expats (expatlanden):

Hebt u al een ziektekostenverzekering voor uw medewerkers? Ja Nee

Als het antwoord ja is, welke dekking hebben uw medewerkers?

- Internationale dekking (buiten uw vaderland)
 Nationale dekking (binnen uw vaderland)
 Reisverzekering voor zakenreizen
 Hospitalisatie Ambulant Tandheelkundig Assistentie Zwangerschap

Huidige verzekeringsaanbieder:

Als u a
hebt v
wilt u d

Krijgen uw medewerkers een wettelijke ziekteverzekering in hun gastland? Ja Nee

Is er een dekking vereist voor hulpbehoevendenden die de medewerker(s) vergezellen in het buitenland? Ja Nee

Welke dekking verwacht u te ontvangen van uw ziektekostenverzekering?

- Internationale dekking (buiten uw vaderland)
 Nationale dekking (binnen uw vaderland)
 Hospitalisatie Ambulant Tandheelkundig Assistentie Zwangerschap

Zou u overwegen om een jaarlijkse vrijstelling toe te passen op uw dekking, om de premie te verlagen?

- Ja Nee, Ik wil niet dat mijn medewerkers extra kosten betalen voor hun behandeling

In welke valuta wilt u het aanbod ontvangen?

- EUR USD GBP

Ingevuld op (datum)

Naam van de potentiële cliënt

Ondertekening van de potentiële cliënt

In welke vorm zou u de betreffende informatie met betrekking tot uw verzekeringsaanvraag willen ontvangen:

- op papier of via e-mail

In te vullen door Globality Health:

Gebaseerd op de informatie verstrekt door _____ op _____
(naam klant) (datum)

de volgende opties kunnen worden overwogen om te voldoen aan de eisen van de klant:

	Globality CoGenio® Classic	Globality CoGenio® Plus	Globality CoGenio® Top
	Vrijstelling: <input type="checkbox"/> Geen <input type="checkbox"/> 250 €/325 \$/210 £	Vrijstelling: <input type="checkbox"/> Geen <input type="checkbox"/> 250 €/325 \$/210 £ <input type="checkbox"/> 500 €/650 \$/420 £ <input type="checkbox"/> 1.000 €/1.300 \$/840 £	Vrijstelling: <input type="checkbox"/> Geen <input type="checkbox"/> 250 €/325 \$/210 £ <input type="checkbox"/> 500 €/650 \$/420 £ <input type="checkbox"/> 1.000 €/1.300 \$/840 £
	Modulaire aanpak		
<input type="checkbox"/> Geen geschikte opties	Hospitalisatiebehandeling: <input type="checkbox"/> Classic <input type="checkbox"/> Plus <input type="checkbox"/> Top	Ambulante behandeling: <input type="checkbox"/> Classic <input type="checkbox"/> Plus <input type="checkbox"/> Top	Tandheelkundige behandeling: <input type="checkbox"/> Classic <input type="checkbox"/> Plus <input type="checkbox"/> Top

Opmerkingen:

Ingevuld op (datum)

Naam van de verkoopagent

Ondertekening van de verkoopagent