GLOBALITY HEALTH
premium health insurance worldwide

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 : ☐ Aucune ☐ 250 €/325 $/210 £	Franchise : ☐ Aucune ☐ 250 €/325 $/210 £ ☐ 500 €/650 $/420 £ ☐ 1 000 €/1 300 $/840 £	Franchise : ☐ Aucune ☐ 250 €/325 $/210 £ ☐ 500 €/650 $/420 £ ☐ 1 000 €/1 300 $/840 £
	Approche modulaire		
☐ Aucune option appropriée	Traitement hospitalier : ☐ Classic ☐ Plus ☐ Top	Traitement ambulatoire : ☐ Classic ☐ Plus ☐ Top	Traitement dentaire : ☐ Classic ☐ Plus ☐ Top

Commentaires :

Complété le (date) :	Nom de l'intermédiaire :	Signature de l'intermédiaire :