

Evaluación de exigencias y necesidades – clientes individuales potenciales

A cumplimentar por el cliente potencial o en nombre del cliente potencial:

En el marco de la Directiva de Distribución de Seguros de la UE (IDD, por sus siglas en inglés), estamos obligados a documentar nuestro asesoramiento en base a sus exigencias y necesidades. Si lo desea, puede renunciar a este derecho anterior a la conclusión del contrato.

☐ Para este contrato renuncio a una consulta personal y a la documentación correspondiente.

Soy consciente de que esto puede afectar negativamente a la presentación de reclamaciones por daños y perjuicios.

Título	Nombre	Apellido/s
Sexo ☐ M ☐ F	Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa)	Nacionalidad
Datos de contacto	Dirección e-mail	

Otras personas a asegurar:

Persona 1	Nombre	Apellido/s
	Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa)	Nacionalidad
Persona 2	Nombre	Apellido/s
	Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa)	Nacionalidad
Persona 3	Nombre	Apellido/s
	Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa)	Nacionalidad

Duración prevista de la estancia en el extranjero: ☐ Menos de 3 meses ☐ 3–12 meses ☐ 1–5 años ☐ más de 5 años

País en el que reside actualmente:

País en el que residirá como expatriado:

(En caso de que vaya a desplazarse a varios países, indique, por favor, en cuál de ellos estará la mayor parte del tiempo, o bien, el país al que se desplazará primero)

¿Se encuentra actualmente viviendo en el extranjero? ☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo, ¿cuánto tiempo lleva viviendo en su país de expatriación?

¿Tiene contratado actualmente un seguro de salud? ☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo, ¿qué cobertura tiene actualmente?:

- ☐ Cobertura internacional (fuera del país de origen)
☐ Cobertura local (dentro de su país de origen)
☐ Seguro de asistencia en viaje de negocio
☐ Hospitalización ☐ Tratamiento ambulatorio ☐ Dental ☐ Servicios asistenciales ☐ Embarazo y parto

Nombre del seguro de salud:

¿Tendrá cobertura de asistencia sanitaria obligatoria en su país de acogida?

☐ Sí ☐ No

¿Qué cobertura espera de su seguro de salud?

☐ Cobertura internacional (fuera del país de origen)

☐ Cobertura local (dentro de su país de origen)

☐ Hospitalización ☐ Tratamiento ambulatorio ☐ Dental ☐ Servicios asistenciales ☐ Embarazo y parto

¿Consideraría optar por una franquicia anual en su cobertura para reducir la prima?

☐ Sí ☐ No, no quiero tener que asumir los gastos de mi tratamiento médico o parte de los mismos.

¿En qué moneda desea obtener la cotización?

☐ EUR ☐ USD ☐ GBP

Cumplimentado el (fecha)

Nombre del cliente potencial

Firma del cliente potencial

En qué forma desea recibir la información en relación con su solicitud de seguro:

☐ en papel o ☐ por correo electrónico

A cumplimentar por Globality Health:

En base a la información facilitada por _____ el _____
(nombre del cliente) (fecha)

se pueden considerar las siguientes opciones para responder a las necesidades del cliente:

Globality YouGenio® World Essential	Globality YouGenio® World Classic	Globality YouGenio® World Plus	Globality YouGenio® World Top
☐ Sin franquicia	Franquicias: ☐ Sin ☐ 250 €/325 \$/210 £ ☐ 500 €/650 \$/420 £ ☐ 1.000 €/1.300 \$/840 £	Franquicias: ☐ Sin ☐ 250 €/325 \$/210 £ ☐ 500 €/650 \$/420 £ ☐ 1.000 €/1.300 \$/840 £ ☐ 2.500 €/3.250 \$/2.100 £	Franquicias: ☐ Sin ☐ 250 €/325 \$/210 £ ☐ 500 €/650 \$/420 £ ☐ 1.000 €/1.300 \$/840 £ ☐ 2.500 €/3.250 \$/2.100 £
	Globality YouGenio® Germany Classic	Globality YouGenio® Germany Plus	Globality YouGenio® Germany Top
☐ No hay opciones adecuadas	Franquicias: ☐ 250 €/325 \$/210 £	Franquicias: ☐ Sin ☐ 250 €/325 \$/210 £ ☐ 500 €/650 \$/420 £ ☐ 1.000 €/1.300 \$/840 £	Franquicias: ☐ Sin ☐ 250 €/325 \$/210 £ ☐ 500 €/650 \$/420 £ ☐ 1.000 €/1.300 \$/840 £

Comentarios:

Cumplimentado el (fecha)

Nombre del mediador

Firma del mediador