

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 <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> 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 destino?

¿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

¿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 |

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 |
|--|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Sin franquicia | Franquicias: <input type="checkbox"/> Sin <input type="checkbox"/> 250 €/325 \$/210 £ <input type="checkbox"/> 500 €/650 \$/420 £ <input type="checkbox"/> 1.000 €/1.300 \$/840 £ | Franquicias: <input type="checkbox"/> Sin <input type="checkbox"/> 250 €/325 \$/210 £ <input type="checkbox"/> 500 €/650 \$/420 £ <input type="checkbox"/> 1.000 €/1.300 \$/840 £ <input type="checkbox"/> 2.500 €/3.250 \$/2.100 £ | Franquicias: <input type="checkbox"/> Sin <input type="checkbox"/> 250 €/325 \$/210 £ <input type="checkbox"/> 500 €/650 \$/420 £ <input type="checkbox"/> 1.000 €/1.300 \$/840 £ <input type="checkbox"/> 2.500 €/3.250 \$/2.100 £ |
| | Globality YouGenio® Germany Classic | Globality YouGenio® Germany Plus | Globality YouGenio® Germany Top |
| <input type="checkbox"/> No hay opciones adecuadas | Franquicias: <input type="checkbox"/> 250 €/325 \$/210 £ | Franquicias: <input type="checkbox"/> Sin <input type="checkbox"/> 250 €/325 \$/210 £ <input type="checkbox"/> 500 €/650 \$/420 £ <input type="checkbox"/> 1.000 €/1.300 \$/840 £ | Franquicias: <input type="checkbox"/> Sin <input type="checkbox"/> 250 €/325 \$/210 £ <input type="checkbox"/> 500 €/650 \$/420 £ <input type="checkbox"/> 1.000 €/1.300 \$/840 £ |

Comentarios:

| | | |
|--------------------------|---------------------|--------------------|
| | | |
| Cumplimentado el (fecha) | Nombre del mediador | Firma del mediador |