

Evaluación de exigencias y necesidades – clientes potenciales colectivos

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 antes de formalizar el 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
Empresa	Nombre de la empresa	
Domicilio y dirección	Edificio/piso	Calle/número
	Localidad	Código postal
	Región/provincia	País
Datos de contacto	Dirección e-mail	

Número de empleados que deben estar cubiertos por el seguro:

Duración prevista de los desplazamientos de los empleados al extranjero (seleccionar lo que corresponda):

Menos de 3 meses 3–12 meses 1–5 años más de 5 años

Países a los que se van a enviar a los empleados para vivir como expatriados (países de destino o de acogida):

¿Ya dispone de un seguro de salud para sus empleados? Sí No

En caso afirmativo, ¿qué cobertura tienen sus empleados?:

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

Compañía de seguros actual:

Si ya tiene un seguro médico para sus empleados, ¿por qué desea cambiar de aseguradora?

¿Tendrán sus empleados cobertura sanitaria obligatoria en el país de destino?

Sí No

¿Necesita cobertura para los familiares (beneficiarios) que acompañan al/a los empleado(s) en el extranjero?

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 que mis empleados tengan que asumir gastos adicionales por su tratamiento médico

¿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 podrían considerar las siguientes opciones para responder a las necesidades del cliente:

	Globality CoGenio® Classic	Globality CoGenio® Plus	Globality CoGenio® Top
	Franquicias: <input type="checkbox"/> Sin <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 £
	Cobertura modular		
<input type="checkbox"/> No hay opciones adecuadas	Hospitalización: <input type="checkbox"/> Classic <input type="checkbox"/> Plus <input type="checkbox"/> Top	Tratamiento ambulatorio: <input type="checkbox"/> Classic <input type="checkbox"/> Plus <input type="checkbox"/> Top	Tratamiento dental: <input type="checkbox"/> Classic <input type="checkbox"/> Plus <input type="checkbox"/> Top

Comentarios:

Cumplimentado el (fecha)

Nombre del mediador

Firma del mediador