

## Évaluation des demandes et des besoins – clients individuels potentiels

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
Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Date de naissance (jj/mm/aaaa)	Nationalité
Données de contact	Adresse e-mail	

Autres personnes à assurer :

Personne 1	Prénom	Nom
	Date de naissance (jj/mm/aaaa)	Nationalité
Personne 2	Prénom	Nom
	Date de naissance (jj/mm/aaaa)	Nationalité
Personne 3	Prénom	Nom
	Date de naissance (jj/mm/aaaa)	Nationalité

Durée prévue du séjour à l'étranger :  Moins de 3 mois  3–60 mois  5–7 ans  7 ans +

Pays dans lequel vous résidez actuellement :

Pays où vous allez vivre en tant qu'expatrié :

(Dans le cas où vous voyagez dans plusieurs pays, veuillez indiquer le pays dans lequel vous planifiez de rester le plus longtemps, ou le premier pays d'arrivée de votre voyage)

Vivez-vous déjà à l'étranger ?  Oui  Non

Si oui, depuis quand vivez-vous dans votre pays d'expatriation ?

Avez-vous déjà une assurance santé ?  Oui  Non

Si oui, quelle couverture avez-vous actuellement ?

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

Nom de l'assurance santé :

Aurez-vous une couverture maladie légale dans votre pays d'accueil ?

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 payer de frais supplémentaires pour mon 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 produits suivants sont recommandés :

Globality YouGenio® World Essential	Globality YouGenio® World Classic	Globality YouGenio® World Plus	Globality YouGenio® World Top
<input type="checkbox"/> Pas de franchise	Franchise : <input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> 250 €/325 \$/210 £ <input type="checkbox"/> 500 €/650 \$/420 £ <input type="checkbox"/> 1 000 €/1 300 \$/840 £	Franchise : <input type="checkbox"/> Aucune <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 £	Franchise : <input type="checkbox"/> Aucune <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"/> Aucune option appropriée	Franchise : <input type="checkbox"/> 250 €/325 \$/210 £	Franchise : <input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> 250 €/325 \$/210 £ <input type="checkbox"/> 500 €/650 \$/420 £ <input type="checkbox"/> 1 000 €/1 300 \$/840 £	Franchise : <input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> 250 €/325 \$/210 £ <input type="checkbox"/> 500 €/650 \$/420 £ <input type="checkbox"/> 1 000 €/1 300 \$/840 £

Commentaires :

Complété le (date) :

Nom de l'intermédiaire :

Signature de l'intermédiaire :