

Proposition d'Assurance Santé

Apporteur : Code :

I. Identification du proposant

Nom ou raison sociale :

Activité ou profession :

Adresse ou siège social :

Interlocuteur et fonction :

Email : Tel : Cell :

II. Analyse du risque à assurer

- ⇒ Chef(s) de famille/ Collaborateur(s) moins de 60 ans :
- ⇒ Conjoint(s) moins de 60 ans :
- ⇒ Enfant(s) plus de 21 ans scolarisé (fournir preuve) :
- ⇒ Enfant(s) moins de 21 ans :

Population totale à assurer :

III. Système de gestion : Classique Tiers payant

IV. Options proposées

	70%	80%	90%	100%
Côte d'Ivoire Uniquement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Afrique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Monde entier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

V. Garanties Mixtes : Soins ambulatoires % Hospitalisation % Autres %

VI. Extension de garantie : Assistance (évacuation sanitaire uniquement pour l'étendue territoriale Monde entier) %
 Nombre

VII. Réseau de soins : Hôpitaux publics Cliniques/centres Complet

VIII. Antécédents et autres informations

- ⇒ Etes-vous déjà assurés ? Non Oui Compagnie la police a-t-elle été résiliée ? Non Oui
- ⇒ Avez-vous un médecin d'entreprise ? Non Oui Avez-vous un centre médical d'entreprise ? Non Oui
- ⇒ Quels types de pathologies avez-vous à signaler ?

IX. Risques d'accompagnement (Obligatoire)

Risques	Primes HT	Observations
Flotte Automobile
Multirisque professionnel
Multirisque Habitation
Individuel accident
Transport
Autres

Abidjan le,

Le Client

L'Apporteur

Pour VIVA Assurances