

QUESTIONNAIRE PROPOSITION ASSURANCE MALADIE

Particulier
(de 1 à 4 famille)

Groupe
(à partir de 5 familles)

1- Proposant

Nom ou raison sociale :

Adresse :

Téléphone :

Interlocuteur :

Activité :

2- Population à assurer

Nombre de collaborateurs/Adhérents (- 60 ans)

Conjoints (- 60 ans)

Enfants (- 21 ans)

Enfants (+ 21 ans)

3- Etendue territoriale

- Côte d'Ivoire uniquement <input type="checkbox"/>	- Monde entier <input type="checkbox"/>
- Afrique <input type="checkbox"/>	- Autres <input type="checkbox"/>
- Afrique / France <input type="checkbox"/>	

4- Centre de soins

- Hôpitaux publics uniquement

- Cliniques / Hôpitaux publics

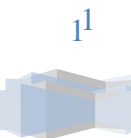
5- Options de garanties

- Garanties complètes : 100 % 80% 70%

Autres taux

- Garanties hospitalisations / Chirurgie : 100% 80% 70%

Autres taux



Autres Options de garanties :
.....
.....

6- Extension de garantie

Assistance Complémentaire A. T.
Autres (Préciser)

7- Médecin d'entreprise OUI NON

Si oui, est-il fait obligation de consulter le médecin d'entreprise ?

OUI NON

OUI NON

8- Infirmier d'entreprise OUI NON

9- Avez-vous été déjà assuré ? OUI NON

Si OUI auprès de quelle compagnie :

10 – Quels sont les antécédents du risque Maladie (Le S/P des 3 derniers exercices) :

.....
.....
.....

Fait à Abidjan, le.....

LE PROPOSANT

