

Questionnaire Assurance Maladie Groupe

Raison sociale du Prospect :
Adresse :
Responsable :
Nombre d'adhérents du Groupe :
Composition du Groupe :
 • **Nombre de chefs de Famille (ou Personnels)** :

Dont :

A- Cadres expatriés :

B- Cadres locaux :

C- Agents :

Et

D- Conjoints :

	Cadres expatriés	Cadres locaux	Agents	Total
Nombre de Conjoints				

E- Enfants :

Nbre d'enfants	Cadres expatriés	Cadres locaux	Agents	Total
De moins de 21 ans				
De 21 à 25 ans				

I- Territorialité des prestations

L'assureur garantit uniquement le remboursement des dépenses réellement effectuées ou des prestations bénéficiées par l'assuré au CONGO et dans les pays relevant de la zone choisie pour des séjours consécutifs de trois mois maximum.

(Remplissez dans les cases ci-après la catégorie du personnel à garantir suivant la zone de couverture de votre choix)

Zone 1 : Congo Uniquement

Zone 2 : Zone 1, Afrique du Sud et le Maroc

Zone 3 : Zone 2 et Reste du monde (**Sauf : USA, Canada et Japon**)

II- Taux de remboursement/ Ticket modérateur

L'assureur prend en charge les dépenses réellement exposées dans la limite du taux de remboursement choisi ci-après. (Veuillez cocher la case du taux de remboursement de votre choix)

a- Cadres expatriés

Taux de Remboursement : à 100% ; à 80% ; à 70%

b- Cadres locaux

Taux de Remboursement : à 100% ; à 80% ; à 70%

c- Agents

Taux de Remboursement : à 100% ; à 80% ; à 70%

e- Conjoints

Taux de Remboursement : à 100% ; à 80% ; à 70%

f- Enfants

Taux de Remboursement : à 100% ; à 80% ; à 70%

III- Portefeuille d'assurances

Avez-vous déjà souscrit un contrat d'assurance Maladie ?

☞ Si NON :

Pour une meilleure étude de votre portefeuille, veuillez nous renseigner vos charges maladies de ces trois dernières années :

Année 3.....

Année 2.....

Année 1.....

Masse salariale annuelle

Existe-t-il au sein de l'entreprise :

Une Infirmerie ?

OUI

NON

Un Médecin ?

OUI

NON

Autres ? (À préciser)

OUI

NON

IV- Garanties Sollicitées pour l'assurance maladie

A- PRESTATIONS EN NATURE

Garanties de base (obligatoires)

Hospitalisation médicale et /ou chirurgicale

Frais Pharmaceutiques

Soins Médicaux

Frais de Maternité

Individuelle Accidents

Assistance-Obsèques

Garanties Optionnelles ou Facultatives

*(Cochez par **Oui** ou **Non** la case de garantie optionnelle souhaitée)*

Soins et Prothèses Dentaires

Orthopédie-Orthodontie

Optique médicale (Verres et monture)

Evacuation Sanitaire

Prothèses médicales et petit appareillage

Assistance Transport (SAMU)

B- ASSISTANCE ET EVACUATION SANITAIRE

L'assureur organise et prend en charge les frais nécessaires pour le transfert de l'assuré/bénéficiaire dans un centre hospitalier le plus proche de son domicile ou dans un centre hospitalier le mieux adapté à son cas tel que décidé de commun accord entre le médecin traitant et le médecin conseil de l'assureur tenant compte des circonstances qui s'imposent ; exception faite pour des cas d'extrême urgence.

(Veuillez cocher les cases pour indiquer votre choix et les personnes à garantir)

Pour tout le groupe : (Chef de Famille/Personnels, Conjoints et Enfants)

OUI

NON

V- Période de garantie : LES COUVERTURES TEMPORAIRES SONT EXCLUES

VI - Date prévue de prise d'effet du contrat :

Commentaires

Fait à....., le.....

Le PROSPECT

(Signature)