

PROPOSITION D'ASSURANCE SANTE

1. RENSEIGNEMENTS A FOURNIR POUR UNE COTATION

- Seul le personnel des entreprises et assimilés (Grandes et Petites) peut en bénéficier ;

Nom de la société :

Interlocuteur :

Adresse :

Tél :

Email :

Activité :

2. POPULATION A ASSURER

- Nombre d'adultes

- Nombre d'enfants (-21)

Les regrouper par catégorie socio-professionnelle (cadres, Agents de maîtrise, Employés) :
joindre la liste

Catégorie	Cadres de direction	Cadres	Agents de maîtrise	Employés	Total
Conjoints					
Enfants					
Total					

3. Taux de couverture souhaité : 100% 90% 80% 70%

4. Étendue territoriale : RDC Afrique Europe

Monde entier

5. Situation géographique de la population (ville) :

6. Extension des garanties : Évacuation sanitaire et Assistance : Oui Non

7. Avez-vous déjà été assuré ? Oui Non

Si oui, en quelle année ? -----

Auprès de quelle compagnie :

Montant de la prime payée ----- USD

Montant des remboursements perçus : ----- USD

Le taux sinistre à prime si connu : -----S/P

8. Consommation santé N-1, N-2 et N-3 : -----

9. Quels autres risques souhaiteriez-vous assurer : -----

Fait à....., Le.....

LE PROPOSANT

LA COMPAGNIE

INCENDIE AUTO SANTE VIE COMMERCIALE TRANSPORT VOYAGE HABITATION

Adresse : 90AB Boulevard du 30 juin, immeuble Paradiso local 101, Kinshasa/Gombe

RCCM: CD/ KNG/RCCM/18-B-00821ID.NAT: 01-83-N33660L N° Impôt: A1812529P

Téléphone: +243 821 920 300

Email: contact@assurancesokapi.com - Site Web: www.assurancesokapi.com