|  |  |
| --- | --- |
| **Les propositions sont retournées pour les raisons suivantes:** | **Vérifica-tion** |
| * le procès-verbal de conseil de Visana manque
 | [ ]  |
| * la date de signature est antérieure à trois mois
 | [ ]  |
| * différences de primes considérables
 | [ ]  |
| * absence de preuve pour le rabais collectif
 | [ ]  |
| * le client n'a pas signé pour les modifications (sigles pas acceptées)
 | [ ]  |
| * arrivée de l’étranger: permis de séjour ou contrat de travail ou contrat de location manque
 | [ ]  |
| * la proposition est incomplète selon la grille ci-dessous
 | [ ]  |
| **Champs obligatoires sur la proposition d'assurance** |  |
| **Données personnelles** |  |
| * données personnelles complètes sur toutes les pages de la proposition
 | [ ]  |
| * numéro de téléphone fixe et/ou portable et/ou adresse électronique
 | [ ]  |
| * modalités de paiement
 | [ ]  |
| * coordonnées bancaires du chef de famille
 | [ ]  |
| **Assurance de base** |  |
| * modèle souhaité y compris franchise
 | [ ]  |
| * indication exacte de la prime
 | [ ]  |
| * inclusion/exclusion des accidents
 | [ ]  |
| * début de l’assurance
 | [ ]  |
| * l'indication du médecin de famille doit correspondre au modèle
 | [ ]  |
| * date et signature du client1
 | [ ]  |
| * date, signature, nom & prénom du conseiller
 | [ ]  |
| **Assurance complémentaire** |  |
| * cocher les produits souhaités y compris détails (degré de couverture / somme d'assurance)
 | [ ]  |
| * durée de l'assurance (1/3/5 ans)
 | [ ]  |
| * indication exacte de la prime
 | [ ]  |
| * début de l’assurance
 | [ ]  |
| * date et signature du client1
 | [ ]  |
| * date, signature, nom & prénom du conseiller
 | [ ]  |
| * L'indication d'une couverture hospitalière plus élevée en cas d'inscription prénatale manque.
 | [ ]  |
| **Déclaration de santé** |  |
| * activité professionnelle, indépendant/employé
 | [ ]  |
| * diagnostic, médecin traitant ainsi que guéri sans suites oui/non
 | [ ]  |
| * toutes les questions de santé sont entièrement remplies
 | [ ]  |
| * taille et poids
 | [ ]  |
| * joindre la décision de l'AI, si disponible
 | [ ]  |
| * déclarer les médicaments avec précision
 | [ ]  |
| * date et signature du client1
 | [ ]  |
| **Conditions du contrat** |  |
| * art. 45 LSA non coché
 | [ ]  |
| * formulaire B manque
 |  [ ]  |

1 Tous les clients âgés de 18 ans révolus doivent signer eux-mêmes. Pour les enfants jusqu'à 18 ans, leur représentant légal doit signer.

|  |
| --- |
| **Remarques** |
|       |