



*Assurance Santé  
Questionnaire*



**ASCOMA**

Conseil & Courtier en Assurances

SOYEZ ASSURÉS DE NOTRE ENGAGEMENT

## **ASSURANCE MALADIE GROUPE AUTO ASSURANCE MALADIE ENTREPRISE QUESTIONNAIRE PROPOSITION**

*Je soussigné(e)* \_\_\_\_\_ ,  
*reconnait être informé(e) et consentir* à ce que Les informations collectées me concernant, fassent l'objet d'un traitement destiné exclusivement à ASCOMA CÔTE D'IVOIRE, ses partenaires en santé et tiers autorisés, conformément aux dispositions de la loi en vigueur relative à la protection des données à caractère personnel, notamment la loi n°2013-450 du 19 juin 2013 en Côte d'Ivoire, et le RGPD (Règlement (UE)2016-679). Mes données à caractère personnel sont collectées dans l'unique but de fournir une proposition d'assurance conforme et adaptée à mes besoins. Les données collectées me concernant, seront conservées pendant toute la durée du contrat ou jusqu'à la fin des éventuels sinistres en cours. À défaut de souscription d'un contrat d'assurance, les données collectées me concernant seront détruites. Dans le cadre de la souscription d'un contrat d'assurance, je dispose d'un droit d'accès à mes données, d'un droit de rectification et d'effacement de celles-ci, ainsi qu'un droit à une limitation du traitement, d'un droit d'opposition et d'un droit à la portabilité de mes données. Pour se faire il me suffit de contacter le Responsable de Traitement à l'adresse postale suivante : **ASCOMA CÔTE D'IVOIRE DPO** – Immeuble les Hévéas – Boulevard Carde – Plateau – 01BP 1554 Abidjan - Côte d'Ivoire ou par Email : [dpo.zao@ascoma.com](mailto:dpo.zao@ascoma.com). Enfin, je peux également introduire une réclamation auprès de l'Autorité de Régulation des Télécommunications/TIC de Côte d'Ivoire (ARTCI) à l'adresse postale suivante : **ARTCI - Marcory Anoumanbo** - 18 BP 2203 Abidjan 18 - Côte d'Ivoire, Téléphone : +225 20 34 43 73 / +225 20 34 43 74, Fax : +225 20 34 43 75, adresse Email: [courrier@artci.ci](mailto:courrier@artci.ci) , Site web : [www.artci.ci](http://www.artci.ci)

À \_\_\_\_\_ Le \_\_\_\_\_

SIGNATURE :

## I. PROPOSANT

Raison sociale :

Adresse :

Téléphone :

Interlocuteur :

## II. POPULATION À ASSURER

Assurés principaux :

Conjoints :

Enfants :

## III. ÉTENDUE TERRITORIALE

Côte d'Ivoire

Afrique

Monde entier

## IV. CENTRE DE SOINS

Cliniques

Hôpitaux publics

## V. TAUX DE REMBOURSEMENT

Frais médicaux et pharmaceutiques      Choisissez un élément.

Hospitalisation      Choisissez un élément.

## VI. MÉDECIN D'ENTREPRISE

Oui

Non

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

Oui

Non

## VII. EXTENSION DE GARANTIE

Assistance

Oui

Non

## VIII. TARIFICATION

Les primes proposées le sont par individu (Assurance) :  Oui  Non

Les cotisations sont-elles proposées par famille (Autoassurance) :  Oui  Non

Répartition des cotisation (%) : Employé  Employeur

## IX. HISTORIQUE PROSPECTS

- Avez-vous été déjà assuré en **assurance classique** ?  Oui  Non

Si oui auprès de quelle compagnie :

Quel est votre dernier S/P :

- Avez-vous été déjà assuré en **autoassurance** ?

Si oui auprès de quelle Gestionnaire :

Quel est votre dernier S/P :

À , le Entrer une date.

Le proposant :