

PROPOSITION D'ASSURANCE SANTE

NOM DU PROSPECT :
 NATURE D'ACTIVITE :
 ADRESSE :
 NUI :
 TELEPHONE :
 EMAIL :
 DATE D'EFFET:
 INTERMEDIAIRE :

EFFECTIF A ASSURER	ASSURES	CONJOINTS	ENFANTS	TOTAL

TAUX DE COUVERTURE	70%	80%	90%	100%
Cocher votre choix				

PLAFOND ANNUEL DE COUVERTURE (indiquer votre plafond)	
CAMEROUN	
ETRANGER	

CENTRES DE SOINS (cocher votre choix)

1. Hôpitaux publics, Confessionnels ☐
2. Hôpitaux publics, Confessionnels et parapublics ☐
1. Hôpitaux publics Confessionnels, parapublics et privés) ☐

EXTENSION PES GARANTIES (cocher votre choix)

1. Lunetterie ☐
2. Dentisterie ☐
3. Maladies spécifiques ☐
4. Evacuation sanitaire ☐

Avez-vous déjà été assuré en Maladie ? OUI ☐ NON ☐

Si oui, en quelle année ?Après de quelle compagnie?

POUR LA COMPAGNIE