

LE SERVICE « TOUS ASSURÉS »

Le service « Tous assurés » est un service qui permet au courtier et à son client de demander une étude multi-compagnies simultanément auprès des compagnies partenaires.

Il est accessible dans l'immédiat pour les 3 offres INNOV PRET (MNCAP), ACCESS PRET (GENERALI) et SELECT PRET (SWISS LIFE).

L'offre INTEGRAL PRET (CNP) sera disponible en étude multi-compagnies prochainement. Si vous souhaitez interroger CNP sur un risque aggravé, vous pouvez en parallèle de l'étude multi-compagnies, faire une demande en sélectionnant l'offre CNP.

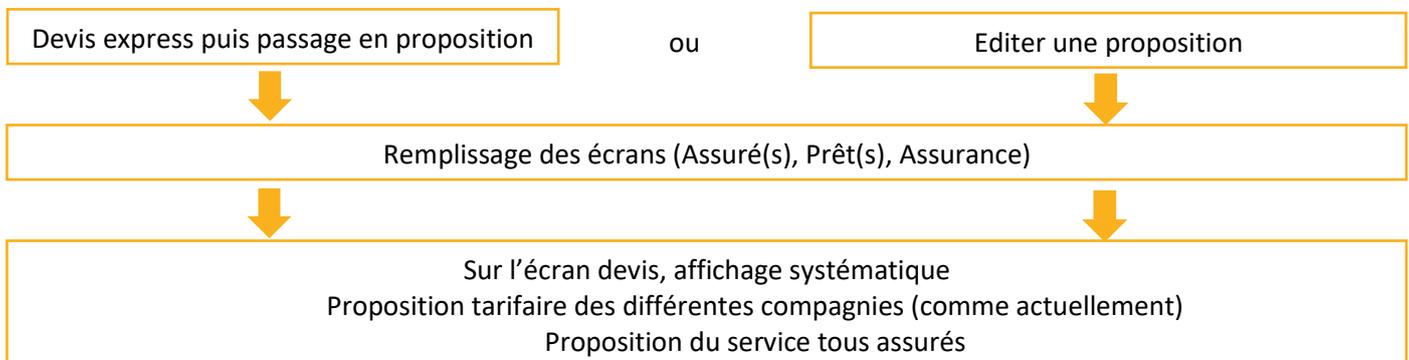
Service spécifiquement adapté pour déclarer le risque aggravé lié à un déclaratif médical ou à une activité professionnelle ou sportive.

L'intérêt de la démarche :

- Gagner du temps et multiplier les chances pour un assuré en situation de risque aggravé de pouvoir souscrire une assurance de prêt.
- Optimiser le devoir de conseil du courtier

Service optionnel **GRATUIT** depuis le 7 novembre. Même si le client présente un risque aggravé, il n'est pas obligé de passer par ce service.

1) Parcours sur Exade



Tarif proposé				
Garanties	1 : DC/PTIA/ITT/IPT	1 : DC/PTIA/ITT/IPT	1 : DC/PTIA/ITT/IPT	1 : DC/PTIA/ITT/IPT
Quotité	1 : 100 %	1 : 100 %	1 : 100 %	1 : 100 %
Franchise	90 jours	90 jours	90 jours	90 jours
Mensualité moyenne	16,01 €	16,39 €	18,54 €	24,31 €
Frais fractionnement	NEANT	NEANT	NEANT	NEANT
Budget sur la durée totale de financement	3 202,82 €	3 277,06 €	3 707,88 €	4 862,28 €
Soit sur les 7 premières années	1 962,92 €	1 686,76 €	1 406,52 €	1 818,47 €
% moyen capital initial	0,1922 %	0,1966 %	0,2225 %	0,2917 %
Formalités médicales				
Exclusions professionnelles ou sportives				
Solution sélectionnée	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

TOUS ASSURES

Votre client souhaite déclarer un risque professionnel, sportif ou médical. Augmentez ses chances de concrétiser son projet en déposant un dossier unique pour étude auprès des compagnies partenaires.



Le client choisit le process tous assurés (cas d'un risque médical)



Edition d'une liasse contenant :

- Une demande de tarification unique risques aggravés pré-remplie
- Un questionnaire de santé unique (valable 4 mois)



Le client doit compléter les documents, les dater et les signer. On lui demande également de joindre tout document de son dossier médical personnel qu'il voudra bien communiquer (à noter : plus il envoie d'éléments, moins il y aura de demandes d'éléments complémentaires relatifs à la pathologie).



Envoi des documents par courrier ou sur le mail sécurisé de Multi-impact (service médical).

2/ Etude Multi compagnies

A réception des pièces, Multi-impact procède à l'étude sur les offres et transmet aux compagnies si le dossier ne rentre pas dans son cadre de délégation.

Des éléments médicaux complémentaires peuvent être demandés au client selon les souhaits de chacune des compagnies.

Multi-impact se charge de demander les éléments au client par mail, de les réceptionner pour transmission à la compagnie demandeuse.

Le courtier peut suivre les demandes faites au client (pas d'informations médicales) comme tout dossier classique (historique visible sur un seul et même dossier)

3/ Décision

Emission d'un bon pour accord (BPA) multi-compagnies envoyé au client :

- Unique si les réponses de toutes les compagnies arrivent en même temps ou que cela rentre dans le cadre de la délégation de Multi Impact.
- Au fil de l'eau des réponses des compagnies interrogées dans le cas contraire : gain de temps



Notification au courtier de l'envoi de BPA au client (important : le courtier doit bien avoir activé la fonction notification dans son espace personnel Exade).



Mise à jour de la proposition dans Exade avec les tarifs proposés par les compagnies



Le client renvoie son BPA multi-compagnies par mail au service médical de Multi impact, signé, et avec le choix de la compagnie retenue.

4/ Adhésion

A réception du retour du BPA multi-compagnies signé, le centre de gestion génère dans l'espace courtier et l'espace client la demande d'adhésion pré-remplie à en tête de la compagnie choisie (questionnaire de santé compris) ainsi que la liste des formalités médicales contractuelles propre à la compagnie (fonction des capitaux et de l'âge).

A noter : il est impératif de passer par cette étape de contractualisation car le document renseigné en amont pour déclencher l'étude est uniquement une demande de tarification et pas une demande d'adhésion. En cas de litige, seuls les documents de la compagnie font foi.

Si des documents médicaux ont été demandés par l'une des compagnies pour l'étude du risque aggravé, ils seront repris.

Exemple : si le client a fourni un bilan sanguin pour l'étude initiale et que le bilan fait partie des formalités médicales contractuelles, celui-ci ne sera pas réclamé sauf si sérologie manquante.



Le client renvoie la liasse d'adhésion complétée et signée



Emission du BPA mono compagnies et envoi par mail au client



Emission du certificat d'adhésion par Multi impact à réception du BPA signé du client