

FORMULAIRE DE SOUSCRIPTION EXPATPLUS POUR LES PARTICULIERS

1. Coordonnées de l'assuré

A compléter en majuscules.

NOM DE FAMILLE	PRÉNOM
TITRE	DATE DE NAISSANCE (J - M - A) / /
ÉTAT CIVIL	SEXE <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
PROFESSION	PAYS D'EXPATRIATION
NATIONALITÉ	N° DE PASSEPORT

ADRESSE DU PAYS D'ORIGINE	
CODE POSTAL	VILLE
PAYS	

ADRESSE DU PAYS D'EXPATRIATION	
CODE POSTAL	VILLE
PAYS	

TÉLÉPHONE PRIVÉ	TÉLÉPHONE PROFESSIONNEL
GSM	FAX
E-MAIL PRIVÉ	E-MAIL PROFESSIONNEL

2. Coordonnées de l'entreprise (le cas échéant)

NOM DE L'ENTREPRISE	
ADRESSE	
CODE POSTAL	VILLE
PAYS	

3. Membres de la famille à inclure dans le plan

Veuillez entrer les coordonnées de chaque membre à assurer sous cette police. Il peut s'agir du conjoint/compagnon ainsi que de chaque enfant de moins de 26 ans dépendant financièrement de l'assuré.

NOM DE FAMILLE	PRÉNOM	LIEN DE PARENTÉ	SEXE	DATE DE NAISSANCE (J - M - A)
			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	/ /
			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	/ /
			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	/ /
			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	/ /
			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	/ /

4. Date de prise d'effet de la police d'assurance

DATE DE PRISE D'EFFET (J - M - A)

5. Détails du plan

Cochez la case correspondante à votre choix.

Couverture géographique MONDIALE MONDIALE À L'EXCLUSION DES USA ET DU CANADA

Type de plan

GLOBE

ORBIT

UNIVERSE

Options de franchises

€ 0 / £ 0 / \$ 0

Frais ambulatoires

€ 100 / £ 65 / \$ 125

€ 300 / £ 200 / \$ 375

Options supplémentaires¹

Plan dentaire²

BASIC

COMPREHENSIVE

Décès et invalidité accidentels³

AVEC UN CAPITAL ASSURÉ DE € / £ / \$

Incapacité temporaire⁴

AVEC UNE INDEMNITÉ MENSUELLE DE € / £ / \$

Invalidité permanente⁵

Choix de la langue pour les décomptes en ligne

AN

FR

ALL

NL

ES

IT

¹ Les couvertures optionnelles ne peuvent être souscrites qu'en complément d'un plan de base, elles ne peuvent être souscrites séparément.

² Le plan dentaire doit être souscrit pour la famille entière.

³ Le montant minimum assuré doit s'élever à € 50.000 / £ 32.500 / \$ 62.500 et peut être augmenté de € 5.000 / £ 3.250 / \$ 6.250 jusqu'à un montant maximum assuré de € 500.000 / £ 325.000 / \$ 625.000.

⁴ L'indemnité mensuelle minimum doit s'élever à € 1.000 / £ 650 / \$ 1.250 jusqu'à un maximum de € 10.000 / £ 6.500 / \$ 12.500. L'indemnité mensuelle ne peut excéder 80% du salaire brut (mensuel) de l'assuré.

⁵ L'invalidité permanente ne peut être souscrite qu'en complément de l'incapacité temporaire.

6. Désignation des bénéficiaires (dans le cadre d'une couverture optionnelle de décès accidentel et d'invalidité suite à un accident)

Je déclare qu'en cas de décès, toutes les indemnités auxquelles j'ai droit en vertu de l'assurance ExpatPlus doivent être versées aux personnes mentionnées ci-dessous ou, à défaut, à mes héritiers légaux. La désignation des bénéficiaires en cas de décès ne peut être modifiée que par le soussigné.

NOM DE FAMILLE

PRÉNOM

LIEN DE PARENTÉ

PROPORTION DU CAPITAL (%)

_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

7. Modalités de paiement

Cochez la case correspondant à la fréquence et au mode de paiement préféré.

VIREMENT BANCAIRE	<input type="checkbox"/> ANNUEL	<input type="checkbox"/> SEMESTRIEL	<input type="checkbox"/> TRIMESTRIEL
CARTE DE CRÉDIT	<input type="checkbox"/> ANNUEL	<input type="checkbox"/> SEMESTRIEL	<input type="checkbox"/> TRIMESTRIEL
DEVISE DE PAIEMENT	<input type="checkbox"/> EURO	<input type="checkbox"/> STERLING	<input type="checkbox"/> US DOLLAR

8. Autorisation de prélèvement

CARTE DE CRÉDIT MASTERCARD VISA EUROCARD AMEX

N° DE CARTE DE CRÉDIT _____ DATE D'EXPIRATION _____

NOM DU TITULAIRE DE LA CARTE _____

ADRESSE DU TITULAIRE DE LA CARTE (SI ELLE DIFFÈRE DE L'ADRESSE FIGURANT À LA PAGE 1) _____

A partir d'aujourd'hui et jusqu'à nouvel ordre, je confère à Vanbreda l'autorisation d'encaisser toutes les factures à mon nom. J'avertirai immédiatement Vanbreda en cas de perte ou de vol de ma carte de crédit, et également dans le cas où je décide de fermer mon compte bancaire ou d'annuler le mandat.

DATE _____

SIGNATURE DU TITULAIRE DE LA CARTE DE CRÉDIT _____

9. Compte bancaire (pour le remboursement des frais médicaux)

NOM DU TITULAIRE _____

N° DE COMPTE (N° IBAN POUR LES PAYS EUROPÉENS) _____

NOM ET ADRESSE COMPLÈTE DE LA BANQUE _____

CODE BIC / SWIFT _____

ID BANQUE (LE CAS ÉCHÉANT) _____

10. Déclaration

1. Par la présente, je souscris à la couverture au nom de toutes les personnes mentionnées dans le formulaire.
2. Je déclare que, à ma connaissance, les réponses fournies sont complètes, exactes et correctes, et que j'ai vérifié et avéré correctes les réponses et déclarations figurant sur cette demande qui n'ont pas été rédigées de ma propre main.
3. J'accepte que cette police soit soumise aux termes et conditions de la police en vigueur à compter de la date d'entrée en vigueur de cette police.
4. Je confirme et j'accepte que les informations personnelles obtenues ou détenues par Vanbreda International dans le cadre de la présente demande ou d'une autre façon soient utilisées, divulguées ou transmises à tout organisme pour 1) évaluer la présente demande et fournir des services d'assurance et un service clientèle, 2) traiter et effectuer un paiement par carte de crédit, 3) fournir des documents de marketing sur les services relatifs aux assurances de Vanbreda International ou de ses sociétés associées et 4) traiter les demandes de remboursement ou analyser l'assurance.
5. J'accepte que ma police d'assurance soit suspendue automatiquement sans aucune ristourne de prime lorsque les fonds sont restés impayés à Vanbreda pendant une période supérieure à 15 jours après notification.

DATE _____

SIGNATURE DU CANDIDAT _____

Veillez envoyer ce formulaire ainsi que le questionnaire médical de chaque personne à assurer à:

Expatcourtage
24 Rue de la Tour D'Arvergne - 75009 Paris - France
E-mail contact@expat-courtage.com
Tel. + 33 1 49 70 66 58

EXPATPLUS QUESTIONNAIRE MEDICAL

Veuillez répondre intégralement et clairement à chacune des questions suivantes, et ce pour chaque personne figurant sur votre formulaire d'affiliation. Si vous cochez la case 'Oui', nous vous prions de nous fournir plus de détails à la dernière page, sous le titre 'Informations'.

Nom	Assuré	Partenaire	Enfant 1	Enfant 2
Date de naissance (j - m - a)				
1. Taille / poids	CM	CM	CM	CM
	KG	KG	KG	KG
2. a. Avez-vous des problèmes de santé actuellement?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
b. Votre capacité de travailler est-elle réduite?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
c. Avez-vous jamais été incapable de travailler plus de 4 semaines consécutives pendant les 5 dernières années?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
3. Souffrez-vous ou avez-vous souffert de maladies, problèmes de santé liés à:				
a. organes respiratoires , comme l'asthme, bronchite périodique ou chronique, pneumonie, tuberculose pulmonaire ou autres troubles?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
b. le cœur ou système vasculaire , comme hypertension, problèmes circulatoires, crise cardiaque, palpitations, apoplexie, phlébite, varices ou autres troubles?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
c. le système nerveux ou troubles mentaux , comme épilepsie, étourdissement, paralysie, névrite, dépression ou autres troubles? Avez-vous déjà fait une tentative de suicide?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
d. le système digestif , comme hiatus hernie, ulcères de l'estomac ou ulcères duodénaux ou d'autres troubles de l'estomac ou des intestins, comme inflammations, hémorragies, hémorroïdes, jaunisse, troubles de foie, vésicule biliaire, pancréas?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
e. les voies urinaires , comme les reins, uretères, vessie ou prostate, l'appareil urinaire, sang ou albumin dans l'urine ou autres troubles?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
f. le métabolisme ou sang , comme diabète mellitus, cholestérol élevé, goutte, troubles de la thyroïde ou des hormones, anémie, troubles de coagulation ou d'autres troubles?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
g. le système immunitaire ou maladies infectieuses , comme le SIDA, le HIV, maladies sexuellement transmissibles, hépatite, maladies tropicales ou d'autres troubles?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
h. la peau , comme eczéma, allergies, psoriasis, maladies fongiques, cancer de la peau ou d'autres troubles?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
i. le système musculaire squelettique (os, jointures, colonne vertébrale, disque intervertébral, muscles, ligaments, tendons), comme douleurs dans le dos, la nuque et les épaules, arthrites, rhumatisme ou d'autres troubles non-mentionnés?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
j. les yeux , comme acuité visuelle diminuée ou capacité de réfraction, maladie de la rétine ou d'autres troubles?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

Nom	Assuré	Partenaire	Enfant 1	Enfant 2
Date de naissance (j - m - a)	_____	_____	_____	_____
k. les oreilles , troubles de l'audition, inflammation ou autres troubles?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
l. autres maladies , troubles ou problèmes pas mentionnés ci-dessus, comme troubles congénitaux, difformités, tumeurs, cancers, etc.?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
4. Avez-vous eu des accidents , blessures, intoxications, pour lesquels vous avez séjourné dans un hôpital ou subi une intervention chirurgicale?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
5. a. Avez-vous été examiné, reçu un traitement ou subi une intervention chirurgicale dans un hôpital ou institution similaire?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
b. Vous a-t-on conseillé de prendre du repos, de suivre un régime amaigrissant ou une autre cure, ou est-ce prévu?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
c. Est-il prévu que vous séjourniez à l'hôpital ou que vous subissiez une intervention chirurgicale un séjour ou une intervention?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
d. Avez-vous eu un traitement ou consulté les personnes suivantes au cours des 5 dernières années? - psychothérapeute (p.ex. psychiatre, psychologue) - chiropracteurs, physiothérapeute	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
e. Avez-vous jamais dû prendre un médicament pour une période de plus de 4 semaines?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
f. Avez-vous jamais subi un traitement de radiation (rayons X ou substances radioactives)?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
6. Avez-vous subi, au cours des 5 dernières années, des examens spéciaux , comme rayons X, tomographie par rayons X, IRM (imagerie par résonance magnétique), échographie, écho, électrocardiogramme, électro-encéphalogramme, endoscopie ou d'autres examens?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
7. Avez-vous subi un test du SIDA avec un résultat séropositif ou avec un résultat possiblement positif?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
8. a. Faites-vous du sport?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
b. Fumez-vous?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
c. Buvez-vous de l'alcool?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
d. Prenez-vous des calmants, somnifères, tranquillisants ou d'autres médicaments?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
e. Prenez-vous ou avez-vous pris des narcotiques (drogues)?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
9. a. Quel médecin avez-vous visité la dernière fois?	_____	_____	_____	_____
b. Avez-vous consulté, au cours des 5 dernières années, des médecins qui n'ont pas encore été mentionnés?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
c. Quel médecin connaît le mieux votre dossier médical?	_____	_____	_____	_____
10. Pour les femmes :				
a. Etes-vous enceinte? Dans l'affirmative, la grossesse se déroule-t-elle normalement?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
b. Avez-vous jamais eu une affection gynécologique ou une maladie au niveau de la poitrine?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

