

Masterkey²Health

Avenue Louise 166 Bte 1
1050 Bruxelles
Belgique
+ 32 (0)78 150 135

- Projet pour assurance collective** (remplir champs rouges et bleus)
 - Demande d'assurance collective** (remplir tous les champs)
 - Document de modification d'assurance collective** (remplir les champs rouges et les autres champs si nécessaire)
(Les champs rouges sont obligatoires)
- Date de prise d'effet de la modification : _____

Veillez remplir cette demande en lettres majuscules en cochant les données correctes . Il est très important de répondre correctement à toutes les questions pour avoir une appréciation totale de votre demande. Une description des couvertures et primes, se trouvent dans notre folder séparé ou sur notre website www.expatinsurance.be

1. N° employeur ou référence _____ Affiliation à la police numéro _____
(Mentionnez cette référence sur toutes les pages)

2. Preneur d'assurance

Personne de contact

Nom _____
Prénom _____ Mr. Mme.
Téléphone _____ Fax _____ e-mail _____
E-mail est notre forme de contact standard. Si vous voulez une autre forme de contact, veuillez le mentionner : _____
Langue Anglais Néerlandais Français

Nom de la société

Adresse _____
Code postal, ville, pays _____
Secteur / Activité _____

3. Assurance

Date de prise d'effet (jj-mm-aa) _____
Langue de la police Anglais Néerlandais Français

4. Paiement des primes

Paiement Annuel Mensuel Date d'échéance: 01/ _____

5. Couverture par catégorie d'employés (à remplir par l'employeur, 1 page par catégorie)

5.1. Description de la catégorie: _____

Travail manuel ou travail sur machines? Non Oui, _____

Statut : Employé civil Employé Indépendant

5.2. Choix de la version Light Standard Gold

5.3. Choix de la zone 10 - EEE & CH 20 - Mondial (excl. N-Am) 30 - Mondial

Etendu à 90 jours/année à : Pas d'application zone 20 zone 30

5.4. Choix de couverture :

5.4.1. Soins de santé

1. Plan hospitalisation

Oui (obligatoire)

• Type de plan

Full Cover Top-Up Sleeper

• Franchise annuelle:

€ 0 € 250 € 500

2. Option 1: traitement optionnel dans le pays d'origine

Oui Non

3. Option 2: soins ambulatoires

Oui Non

4. Option 3: soins dentaires, optiques et appareils auditifs

Oui Non

5.4.2. Assistance

1. Assistance de base

Oui (obligatoire)

2. Assistance voyage

Oui (obligatoire)

3. Option 1: Bagage

Oui Non

4. Option 2: Annulation/Interruption

Oui Non

5.4.3. Accidents et maladies graves

Couverture souhaitée ?

Oui Non

Multiplieur

_____ fois les capitaux proposés

Bénéficiaires en cas de décès :

L'époux(se) ; à défaut les enfants nés et ou à naître par parts égales ; à défaut les héritiers légaux de l'assuré principal par parts égales.

5.4.4. Revenu Garanti

Oui _____ Non

• Rente Choisie

€ _____ (max. 80% du revenu brut, éventuellement allocation de la sécurité sociale. Incluse)

• Délai de carence

30 jours 90 jours 180 jours

IMPORTANT

Veuillez faire joindre le certificat suivant par chaque assuré :

- Si les personnes assurées ont une sécurité sociale en Europe, veuillez joindre une copie du formulaire **E-form**, déclaration de couverture.

6. Liste des membres du personnel à assurer (page ____ / ____pages)

Assuré n°:	Nom et Prénom :	Date naissance (jj-mm-aa)	Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Catégorie (voir description point 5)	Pays de sécurité sociale	Pays d'origine	Langue <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> NL
1.	_____	_____	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> NL
2.	_____	_____	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> NL
3.	_____	_____	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> NL
4.	_____	_____	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> NL
5.	_____	_____	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> NL
6.	_____	_____	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> NL
7.	_____	_____	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> NL
8.	_____	_____	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> NL
9.	_____	_____	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> NL
10.	_____	_____	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> NL
11.	_____	_____	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> NL
12.	_____	_____	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> NL
13.	_____	_____	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> NL
14.	_____	_____	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> NL
15.	_____	_____	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> NL
16.	_____	_____	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> NL
17.	_____	_____	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> NL
18.	_____	_____	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> NL
19.	_____	_____	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> NL
20.	_____	_____	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> NL
21.	_____	_____	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> NL
22.	_____	_____	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> NL
23.	_____	_____	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> NL
24.	_____	_____	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> NL
25.	_____	_____	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> NL

7. Adresse dans le pays de résidence

(page _____ / _____ pages)

Réf. _____

Il y a lieu de compléter une page pour chaque famille assurée (donc une page par membre du personnel cité au point 6)

Assuré no. (voir point 6) _____ Nom : _____

Rue et numéro de maison _____

Code postal, ville _____ Pays _____

Téléphone _____ fax _____ E-mail _____

Statut Résident Navetteur international Stagiaire international Expatrié

Pays de sécurité sociale : _____ Pays d'origine : _____

Assuré no. (voir point 6) _____ Nom : _____

Rue et numéro de maison _____

Code postal, ville _____ Pays _____

Téléphone _____ fax _____ E-mail _____

Statut Résident Navetteur international Stagiaire international Expatrié

Pays de sécurité sociale : _____ Pays d'origine : _____

Assuré no. (voir point 6) _____ Nom : _____

Rue et numéro de maison _____

Code postal, ville _____ Pays _____

Téléphone _____ fax _____ E-mail _____

Statut Résident Navetteur international Stagiaire international Expatrié

Pays de sécurité sociale : _____ Pays d'origine : _____

Assuré no. (voir point 6) _____ Nom : _____

Rue et numéro de maison _____

Code postal, ville _____ Pays _____

Téléphone _____ fax _____ E-mail _____

Statut Résident Navetteur international Stagiaire international Expatrié

Pays de sécurité sociale : _____ Pays d'origine : _____

Veillez joindre le certificat suivant: si la personne assurée possède une sécurité sociale en Europe, veuillez joindre le formulaire **E-form**, déclaration de couverture.

Il y a lieu de compléter une page pour chaque membre de la famille assurée (donc une page par tête citée au point 6)

8. Autres questions non médicales :

Pratiquez-vous des sports ? Si oui , lesquels ?(donnez –nous le plus de précisions possibles)

Non Oui, expliquez _____

Avez-vous une assurance souscrite à une autre compagnie à ce moment pour

Non Oui, compagnie _____
A partir du (jj-mm-aa) _____

Avez-vous déjà été refusé, ajourné ou accepté, à des conditions spéciales.

Non Oui, compagnie _____
à (jj-mm-aa) _____
Police N° _____

Pour quelles raisons avez-vous déjà été refusé ou ajourné?

1. Je certifie que les réponses aux questions ci-avant sont sincères et que je n'ai dissimulé aucun renseignement susceptible d'avoir une incidence sur l'évaluation du risque au point de vue médical.
2. Je déclare avoir pris acte des conséquences graves – nullité du contrat, donc refus de paiement des garanties assurées – que peuvent entraîner toute omission ou inexactitude intentionnelle.
3. Dès à présent, j'autorise mon médecin à transmettre au médecin-conseil de la compagnie un certificat établissant la cause de mon décès.

Fait à : _____ , le _____

Signature de l' assuré précédée de la mention « lu et approuvé »

Protection de la vie privée

Les données communiquées peuvent être traitées par la compagnie d'assurances en vue du service à la clientèle, de l'acceptation des risques, de la gestion des contrats et des sinistres ainsi que du règlement des prestations.

En vue d'offrir les services les plus appropriés, ces données pourront être communiquées aux entreprises de notre groupe ou aux entreprises en relation avec celles-ci.

Les personnes concernées donnent leur consentement pour le traitement des données relatives à leur santé lorsqu'elles sont nécessaires à l'acceptation, la gestion et l'exécution par les gestionnaires intervenant dans le cadre de ce contrat .Ce traitement est prévu par la Loi du 8 décembre 1992 relative à la protection de la vie privée.

Toutes les informations seront traitées avec la plus grande discrétion.

Les personnes concernées peuvent connaître ces données, les faire rectifier et s'opposer gratuitement à leur traitement à des fins de direct marketing au moyen d'une demande datée et signée accompagnée d'une photocopie recto verso de la carte d'identité, adressée au service clientèle de la compagnie.

De plus amples informations peuvent être obtenues auprès du service clientèle de la compagnie.