

Masterkey²Health

- Demande pour Assurance Individuelle** (remplir champs **rouges et bleus**)
 Affiliation à l'Assurance Individuelle (remplir tous les champs)
 Modification à l'Assurance Individuelle (remplir les champs **rouges et les champs nécessaires à la modification**)

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 déclaration des couvertures et primes, se trouvent dans notre folder séparé ou sur notre website www.expatinsurance.be.

1. Référence _____ Affiliation à la police no _____

2. Preneur d'assurance

Nom _____

Prénom _____ Mr. Mme.

Date de naissance (dd/mm/aaaa) _____ nationalité _____

Profession
(description précise) _____

Etat Civil marié(e)(*) en concubinage(*) célibataire veuf/veuve divorcé(é)
(* Nom du partenaire) _____

Profession du partenaire
(description précise) _____

Adresse du pays de résidence

Rue et n° _____

Code Postal & Ville _____ Pays _____

Téléphone _____ fax _____ E-mail _____

Adresse de correspondance

Sorte d'adresse propre adresse famille Compagnie autre, _____

Rue et n° _____

Code Postal & ville _____ Pays _____

Téléphone _____ fax _____ E-mail _____

Communication

E-mail est notre forme de contact standard. Si vous voulez une autre forme de contact, veuillez le mentionner : _____

3. Assurance

Date d'affiliation souhaitée (dd-mm-aa) _____

Langue du contrat Anglais Néerlandais Français

4. Paiement des primes

Paiement Annuel (100%) Trimestriel (4 x 26%) Date d'échéance: 01/ _____

5. Liste des personnes assurées (Les familles avec plus de 6 personnes assurées doivent joindre une autre liste)

Seules les personnes reprises ci-dessous sont couvertes par le contrat d'assurance.

Assuré no.:

1. **Nom et prénom :** _____ **date de naissance (dd-mm-aa):** _____ **sexe** M F
Si autre adresse veuillez mentionner : _____

Catégorie de personnel : Employé(e) Employé(e) civil Indépendant(e) Dépendant(e)

Statut : Résident Immigrant Expatrié Navetteur international Etudiant / Stagiaire / Au-pair international

Description du travail _____ Travail sur machines ou travail physique

PdR: _____ PdSS: _____ PdO: _____
Pays de résidence (PdR) Pays de sécurité sociale (PdSS) Pays d'origine (PdO) = nationalité

2. **Nom et prénom :** _____ **date de naissance (dd-mm-aa):** _____ **sexe** M F
Si autre adresse veuillez mentionner : _____

Catégorie de personnel : Employé(e) Employé(e) civil Indépendant(e) Dépendant(e)

Statut : Résident Immigrant Expatrié Navetteur international Etudiant / Stagiaire / Au-pair international

Description du travail _____ Travail sur machines ou travail physique

PdR: _____ PdSS: _____ PdO: _____
Pays de résidence (PdR) Pays de sécurité sociale (PdSS) Pays d'origine (PdO) = nationalité

3. **Nom et prénom :** _____ **date de naissance (dd-mm-aa):** _____ **sexe** M F
Si autre adresse veuillez mentionner : _____

Catégorie personnel : Employé(e) Employé(e) civil Indépendant(e) Dépendant(e)

Statut : Résident Immigrant Expatrié Navetteur international Etudiant / Stagiaire / Au-pair international

Description du travail _____ Travail sur machines ou travail physique

PdR: _____ PdSS: _____ PdO: _____
Pays de résidence (PdR) Pays de sécurité sociale (PdSS) Pays d'origine (PdO) = nationalité

4. **Nom et prénom :** _____ **date de naissance (dd-mm-aa):** _____ **sexe** M F
Si autre adresse veuillez mentionner : _____

Catégorie personnel : Employé(e) Employé(e) civil Indépendant(e) Dépendant(e)

Statut : Résident Immigrant Expatrié Navetteur international Etudiant / Stagiaire / Au-pair international

Description du travail _____ Travail sur machines ou travail physique

PdR: _____ PdSS: _____ PdO: _____
Pays de résidence (PdR) Pays de sécurité sociale (PdSS) Pays d'origine (PdO) = Nationalité

5. **Nom et prénom :** _____ **date de naissance (dd-mm-aa):** _____ **sexe** M F
Si autre adresse veuillez mentionner : _____

Catégorie personnel : Employé(e) Employé(e) civil Indépendant(e) Dépendant(e)

Statut : Résident Immigrant Expatrié Navetteur international Etudiant / Stagiaire / Au-pair international

Description du travail _____ Travail sur machines ou travail physique

PdR: _____ PdSS: _____ PdO: _____
Pays de résidence (PdR) Pays de sécurité sociale (PdSS) Pays d'origine (PdO) = Nationalité

IMPORTANT

Veuillez joindre le certificat suivant :

- Si la personne assurée possède une Sécurité Sociale en Europe, veuillez joindre le formulaire **E-form**, déclaration de couverture.

6. Couverture

Cochez les couvertures proposées

6.1. Choix de version

Light Standard Gold

6.2. Choix de la zone à couvrir

10 - EU & CH 20 - Mondial. (excl. N-Am) 30 - Mondial

Etendu à 90 jours/année à :
(pour les assurés nos: _____)

Pas d'application zone 20 zone 30

6.3. Choix de couverture

6.3.1. Soins de Santé

1. Plan Hospitalisation

Oui (obligatoire)

- Type de Plan
- Franchise annuelle

Full Cover Top-Up Sleeper

€ 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, appareils auditifs

Oui Non

6.3.2. Assistance

1. Assistance de Base

Oui (obligatoire)

2. Assistance Voyage

Oui (obligatoire)

3. Option 1: Bagages

Oui (assurés nos: _____) Non

4. Option 2: Annulation / Interruption

Oui (assurés nos: _____) Non

6.3.3. Accidents et maladies graves

Couverture souhaitée ?

Oui (assurés nos: _____) Non

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.

6.3.4. Revenu Garanti

- Rente Choisie

Oui (assurés nos: _____) Non

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

- Délai de carence

30 jours 90 jours 180 jours

7. 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 en ce moment

Non

Oui, compagnie _____

A partir du (dd-mm-aa) _____

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

Non

Oui, compagnie _____

à (dd-mm-aa) _____

Police N° _____

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

IMPORTANT

Veuillez joindre les certificats suivants :

- Si la personne est assurée à une sécurité sociale en Europe, veuillez joindre une copie du formulaire **E-form**, déclaration de couverture.
- Si la personne assurée a déjà souscrit une couverture, veuillez joindre une **copie de la police** (seulement moins de 20 assurées)

Le preneur d'assurance et l'assuré principal certifient que les déclarations qui précèdent sont sincères, véritables et complètes dans tous les détails, même si elles ne sont pas écrites de leur main. Ils déclarent savoir qu'une omission ou une déclaration inexacte peuvent, dans les limites définies par la Loi sur le contrat d'assurance terrestre du 25/06/1992, entraîner la nullité du contrat ou le non-paiement des garanties assurées.

Le signataire déclare avoir pris connaissance des dispositions relatives à la protection de la vie privée figurant ci-dessous. Si les personnes concernées ne veulent pas être informées des actions de direct marketing de la compagnie, il y a lieu de cocher cette case .

Fait à : _____, le _____

Le preneur d'assurance,

L'assuré principal si pas le preneur d'assurance avec signature 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.