

Nous vous prions de compléter le formulaire dans son intégralité. Cela nous permettra de traiter votre demande d'autant plus rapidement et évite des retards dans l'acceptation de votre dossier à l'assurance. Complétez les champs en lettres majuscules, signez le formulaire, joignez tous les justificatifs nécessaires (voir liste au point 6 ci-dessous) et envoyez le tout par e-mail, fax ou par courrier à:

expatplus® | P.O. Box 69 | 2140 Antwerpen Belgium | info@expatplus.com | F + 32 3 663 73 14

Intermédiaire agréé expatplus®:

1. Coordonnées de l'assuré

Nom de famille	Prénom		
Titre	Date de naissance (j - m - a)	/	/
Etat civil	Sexe	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> F
Profession			
Nationalité			
Téléphone fixe / mobile			
Adresse e-mail principale (obligatoire)			
Pays d'origine			
Adresse			
Code postal	Ville	Pays	
Pays d'expatriation			
Adresse			
Code postal	Ville	Pays	

2. Informations concernant votre société (uniquement si votre employeur se charge du règlement de la prime de votre contrat d'assurance individuel)

Nom de l'entreprise		
Adresse		
Code postal	Ville	Pays
Adresse e-mail (obligatoire)		

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 epoux/se ou partenaire ainsi que de chaque enfant de moins de 28 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. Votre assurance expatplus®

Plan de Base

Date de prise d'effet - il s'agit, au plus tôt, de la date d'acceptation de votre dossier médical (j - m - a)

Zone géographique Mondiale Mondiale à l'exclusion des USA et du Canada

Plan de Base Globe Orbit Universe

Franchise € 0 / £ 0 / \$ 0 / CHF 0

€ 100 / £ 65 / \$ 125 / CHF 150 (uniquement pour Globe et Orbit)

€ 300 / £ 200 / \$ 375 / CHF 450

€ 500 / £ 325 / \$ 625 / CHF 750 (uniquement pour Universe)

€ 1.000 / £ 650 / \$ 1.250 / CHF 1.500

Assurances Complémentaires

Traitement Dentaire	<input type="checkbox"/> Basic <input type="checkbox"/> Comprehensive					
	l'Assuré	Epoux/se ou partenaire	Enfant 1	Enfant 2	Enfant 3	Enfant 4
Assurance-vie ³ Avec un capital assuré de (€ / £ / \$ / CHF)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Décès et Invalidité Accidentels ³ Avec un capital assuré de (€ / £ / \$ / CHF)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Incapacité Temporaire ⁴ Avec une indemnité de (€ / £ / \$ / CHF)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Incapacité Permanente ⁵ Avec une indemnité de (€ / £ / \$ / CHF)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Assurance Voyage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Les décomptes

Choix de la langue pour les décomptes en ligne EN FR DE NL ES IT

1 Les Assurances Complémentaires ne peuvent être souscrites qu'en complément du Plan de Base, elles ne peuvent être souscrites séparément.
 2 L'Assurance Complémentaire Traitement Dentaire doit être souscrite pour la famille entière et la durée minimum sera d'un an (à moins que le contrat n'ait été annulé).
 3 Le montant minimum assuré doit s'élever à € 50.000 / £ 32.500 / \$ 62.500 / CHF 75.000 jusqu'à un montant maximum assuré de € 500.000 / £ 325.000 / \$ 625.000 / CHF 750.000.
 4 L'indemnité mensuelle minimum doit s'élever à € 1.000 / £ 650 / \$ 1.250 / CHF 1.500 jusqu'à un maximum de € 10.000 / £ 6.500 / \$ 12.500 / CHF 15.000. L'indemnité mensuelle ne peut excéder 80% du salaire brut (mensuel) de l'assuré.
 5 L'assurance Incapacité permanente ne peut être souscrite qu'en complément de l'assurance Incapacité Temporaire. L'indemnité mensuelle choisie ne peut excéder l'indemnité mensuelle maximale de l'Incapacité Temporaire souscrite dans le cadre du même contrat.

5. Modalités de paiement

Mode de paiement	<input type="checkbox"/> Virement bancaire	<input type="checkbox"/> Carte de crédit			
Fréquence	<input type="checkbox"/> Annuel	<input type="checkbox"/> Semestriel	<input type="checkbox"/> Trimestriel		
Devise de paiement	<input type="checkbox"/> EUR	<input type="checkbox"/> GBP	<input type="checkbox"/> USD	<input type="checkbox"/> CHF	

6. Pièces à joindre:

1. une **copie du passeport** du **souscripteur** et, si applicable, une copie du passeport de **l'époux/se ou partenaire**;
2. le **questionnaire médical expatplus® dûment complété**, signé par le souscripteur et si applicable, par l'époux/se ou partenaire;
3. une **copie de vos données médicales** (rapport(s) médicaux, déclarations(s) de médecins, résultats d'analyse, etc.) en votre possession en vue de l'évaluation du dossier de chaque candidat à l'assurance par notre Médecin-conseil;
4. si le souscripteur (et, le cas échéant, son époux/se ou partenaire) souscrit l'assurance **Incapacité Temporaire**: une **attestation de revenus récente**;
5. au cas où le souscripteur (et, le cas échéant, son époux/se ou partenaire) souscrit l'assurance **Décès et Invalidité Accidentels** et/ou **l'Assurance-Vie**: le **formulaire Désignation des bénéficiaires dûment complété** par chaque candidat à l'assurance.
(<https://www.expatplus.com/French/Info/Downloads/Downloads.htm>)



7. 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 conditions générales as dont le texte figure sur le site Internet **expatplus®** (<https://www.expatplus.com/French/Info/Downloads/Downloads.htm>)
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) fournir des documents de marketing sur les services relatifs aux assurances de Vanbreda International ou de ses sociétés associées et 3) 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 International pendant une période supérieure à 15 jours après notification.

Date (j - m - a)

Signature du souscripteur

Signature de l'époux/se ou partenaire

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'.

	Assuré	Partenaire	Enfant 1	Enfant 2
Nom				
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 coeur 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 mentales , 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
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 album 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
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

	Assuré	Partenaire	Enfant 1	Enfant 2
Nom	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Date de naissance (j - m - a)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
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?	<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
• psychothérapeute (p.ex. psychiatre, psychologue))	<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
• 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
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?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
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?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
10. Pour les femmes :				
a. Etes-vous enceinte?	<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
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
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
c. Avez-vous subi ou prévu un traitement de fertilité?	<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

