INFORMATIONS À FOURNIR POUR CHAQUE PERSONNE ASSURÉE

Pays d'expatriation :	Date de naissance :
Prénom :	Nom de famille :
Nationalité :	Sexe :
Taille :	Poids :

CONDITIONS PRÉEXISTANTES : maladie passée ou présente, hospitalisation passée, médication.

Numéros de telephone portable :

Addresse e-mail :

PAIEMENT (entourer les choix, **fractionnement sans frais**)

- Fréquence de paiement, mensuel, trimestriel, biannuel ou annuel.
- Choix de devise pour le paiement USD, EUR, THB, GBP.
- Mode de paiement carte de credit ou virement bancaire.
- Visa / Mastercard / Amex numéro de carte :

Adresse Postale :

Pays de résidence/expatriation ou Zone à couvrir :

CHOIX DE COUVERTURE (MODULE 1)

Date de prise à effet :

ÉCONOMIE PLANS

- ☐ Economy plan 10,000 USD
- ☐ Economy plan 20,000 USD
- ☐ Economy plan 40,000 USD
- ☐ Economy plan 80,000 USD

MICRO PLANS

- ☐ Micro Plan 1 : 1000 USD
- ☐ Micro Plan 2 : 2000 USD
- ☐ Micro Plan 3 : 3000 USD

SÉRÉNITÉ PLANS

- ☐ Sérénité 100,000 USD
- ☐ Sérénité. 200,000 USD
- ☐ Sérénité 400,000 USD
- ☐ Sérénité 600,000 USD
- ☐ Sérénité 800,000 USD
- ☐ Sérénité 1,000,000 USD

ÉLITE PLAN

- ☐ 2,000,000 USD

FRANCHISE

- ☐ Franchise par hospitalisation 0 USD
- ☐ Franchise par hospitalisation 500 USD
- ☐ Franchise par hospitalisation 1000 USD
- ☐ Franchise par hospitalisation 2000 USD
- ☐ Franchise par hospitalisation 5000 USD

MODULES OPTIONNELS

MODULE 2

VISITES EXTERNES ☐

MODULE 3

DENTAIRE / OPTIQUE ☐

MODULE 4 : CAPITAL EN CAS DE DECES OU INVALIDITE TOTALE PAR MALADIE

Capital requis :	10,000 USD ☐	20,000 USD ☐
30,000 USD ☐	40,000 USD ☐	50,000 USD ☐
100,000 USD ☐	200,000 USD ☐	

MODULE 4 : CAPITAL EN CAS DE DECES OU INVALIDITE TOTALE PAR ACCIDENT

Capital requis :	10,000 USD ☐	20,000 USD ☐
30,000 USD ☐	40,000 USD ☐	50,000 USD ☐
200,000 USD ☐	100,000 USD ☐	

MODULE 5 : RESPONSABILITÉ CIVILE ET PROTECTION JURIDIQUE ☐

MODULE 6 : ASSURANCE EVACUATION (Y COMPRIS VISA SCHENGEN) ☐

Destination :

Durée du séjour (Max 90)

MODULE 7 : ASSISTANCE EVACUATION ET RAPATRIEMENT ☐

Date de prise à effet :

J'ai lu et j'accepte les conditions générales : ☐

Fait à :

Le :

SIGNATURE :

COUVERTURE VIE ENTIÈRE ☐