

SWISS HEALTH INTERNATIONAL

FORMULAIRE DE SOUSCRIPTION



Ce formulaire est à envoyer, dûment rempli (en majuscules) et signé par le demandeur et accompagné des pièces justificatives, à:

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

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 | Pays d'expatriation | |
| Est-ce que vous exercez des activités professionnelles sous-marines, aériennes ou souterraines? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | | |
| 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 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 | / / |

SWISS HEALTH INTERNATIONAL

FORMULAIRE DE SOUSCRIPTION



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

Date de prise d'effet (j - m - a)

5. Votre assurance ExpatPlus

| Plan de Base | Essential (Globe) | Essential (Globe) | Classic (Orbit) | Platinum (Universe) | | | |
|--|---|---|---|---|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |
| Zone géographique | Mondiale | Mondiale à l'exclusion des USA et du Canada | Mondiale à l'exclusion des USA et du Canada | Mondiale à l'exclusion des USA et du Canada | | | |
| Franchise Soins ambulatoires | \$ 375 | € 300 | € 300 | € 300 | | | |
| Devise de paiement | USD | EUR | EUR | EUR | | | |
| Assurances Complémentaires ¹ | Traitement Dentaire ² Basic | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |
| | Décès et Invalidité Accidentels Avec un capital assuré de € / \$ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |
| | Incapacité Temporaire ⁴ Avec une indemnité mensuelle de € / \$ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |
| | Incapacité Permanente ⁵ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |
| Choix de la langue pour les décomptes en ligne | | <input type="checkbox"/> EN | <input type="checkbox"/> FR | <input type="checkbox"/> DE | <input type="checkbox"/> NL | <input type="checkbox"/> ES | <input type="checkbox"/> IT |

6. Désignation des bénéficiaires (dans le cadre d'une Assurance Complémentaire Décès et Invalidité Accidentels)

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 (%) |
|----------------|--------|-----------------|---------------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

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'Incapacité Permanente ne peut être souscrite qu'en complément de l'Incapacité Temporaire.

SWISS HEALTH INTERNATIONAL

FORMULAIRE DE SOUSCRIPTION



7. Modalités de paiement

| | | | |
|-------------------|---------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------------|
| 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 |

8. Autorisation de prélèvement

| | | | | |
|-----------------------|-------------------------------------|-------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------|
| Carte de crédit | <input type="checkbox"/> Mastercard | <input type="checkbox"/> VISA | <input type="checkbox"/> Eurocard | <input type="checkbox"/> AMEX |
| N° de carte de crédit | Date d'expiration | | Code CVC ⁶ | |

Nom du titulaire de la carte⁷

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 International l'autorisation d'encaisser toutes les factures à mon nom. J'avertirai immédiatement Vanbreda International 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 compte ⁷ |
|------|---|

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 |
|------|-----------------------|

⁶ Le code CVC (Code Validation Carte) sont les 3 derniers chiffres du code au verso de la carte.

⁷ A compléter si le titulaire de compte lié à la carte n'est pas le destinataire des factures.

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'.

| | 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 albium 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 |

5.00.069-INVc (0110)

QUESTIONNAIRE MEDICAL



| | 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 |

