

FORMULAIRE DE SOUSCRIPTION EXPATPLUS POUR LES GROUPES

1. Coordonnées du titulaire de la police

A compléter en majuscules.

NOM DE L'ENTREPRISE	
ADRESSE	
CODE POSTAL	VILLE
PAYS	

2. Coordonnées de la personne de contact compagnie principale

NOM	PRÉNOM
TITRE	
ADRESSE (SEULEMENT SI DIFFÉRENTE DE L'ADRESSE PRINCIPALE DE LA COMPAGNIE)	
CODE POSTAL	VILLE
PAYS	
TÉLÉPHONE	FAX
E-MAIL	

3. Membres de la famille à inclure dans le plan

LANGUE	<input type="checkbox"/> EN	<input type="checkbox"/> FR	<input type="checkbox"/> DE	<input type="checkbox"/> NL
À ENVOYER AU:				
<input type="checkbox"/> TITULAIRE DE LA POLICE UNIQUEMENT	<input type="checkbox"/> COURTIER UNIQUEMENT	<input type="checkbox"/> TITULAIRE DE LA POLICE ET COURTIER		
CARTES D'ADHÉSION À ENVOYER À:				
<input type="checkbox"/> TITULAIRE DE LA POLICE UNIQUEMENT	<input type="checkbox"/> EMPLOYÉ(E)	<input type="checkbox"/> COURTIER		

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

DATE DE PRISE D'EFFET (J - M - A)

5. Détails du plan

Cochez la case correspondante à votre choix.

Couverture géographique ¹		<input type="checkbox"/> MONDIALE	<input type="checkbox"/> MONDIALE À L'EXCLUSION DES USA ET DU CANADA	
Type de plan		<input type="checkbox"/> GLOBE	<input type="checkbox"/> ORBIT	<input type="checkbox"/> UNIVERSE
Options de franchises	€ 0 / £ 0 / \$ 0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	NA
Frais ambulatoires	€ 100 / £ 65 / \$ 125	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	NA
	€ 300 / £ 200 / \$ 375	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	NA
Options supplémentaires²				
Plan dentaire	BASIC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	COMPREHENSIVE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Décès et invalidité accidentels^{1&3}	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Incapacité temporaire^{1&4}	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Incapacité permanente^{1&5}	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¹ Ces éléments peuvent être choisis par employé(e) expatrié(e).

² Les couvertures optionnelles ne peuvent être souscrites qu'en complément d'un plan de base, elles ne peuvent être souscrites séparément.

³ Le montant minimum assuré doit s'élever à € 50.000 / £ 32.500 / \$ 62.500 et peut être augmenté de € 5.000 / £ 3.250 / \$ 6.250 jusqu'à un montant maximum assuré de € 500.000 / £ 325.000 / \$ 625.000.

⁴ L'indemnité mensuelle minimum doit s'élever à € 1.000 / £ 650 / \$ 1.250 jusqu'à un maximum de € 10.000 / £ 6.500 / \$ 12.500. L'indemnité mensuelle ne peut excéder 80% du salaire brut (mensuel) de l'assuré.

⁵ L'invalidité permanente ne peut être souscrite qu'en complément de l'incapacité temporaire.

6. Employé(e)s à assurer sous le plan (veuillez nous contacter si vous avez besoin d'aide)

Pour tous les employé(e)s à assurer sous le plan, une page excel doit être complétée pour spécifier les données personnelles et la couverture exacte désirée pour l'employé(e) et les membres de famille éventuelles.

- par personne: nom, prénom, sexe, date de naissance, parenté (expat, conjoint ou enfant), date de début de la couverture, pays d'origine, pays de résidence, capital assuré décès (accidentel) (si d'application), montant assuré pour incapacité temporaire et invalidité permanente (si d'application);
- par famille: e-mail, langue de correspondance pour les demandes de remboursement (EN, FR, DE, NL, ES ou IT), détails bancaires (codes IBAN et BIC) pour les paiements;
- adresse bureau.

7. Modalités de paiement

Cochez la case correspondant à la fréquence et au mode de paiement préféré.

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
DEVISE DE PAIEMENT	<input type="checkbox"/> EURO	<input type="checkbox"/> STERLING	<input type="checkbox"/> US DOLLAR

8. Adresse de facturation (seulement si différente de l'adresse principale de la compagnie)

NOM DE L'ENTREPRISE

ADRESSE

CODE POSTAL

VILLE

PAYS

N° TVA

9. Autorisation de prélèvement (si applicable)

CARTE DE CRÉDIT

 MASTERCARD VISA EUROCARD AMEX

N° DE CARTE DE CRÉDIT

DATE D'EXPIRATION

CODE CVC ¹

NOM DU TITULAIRE DE LA CARTE

ADRESSE DU TITULAIRE DE LA CARTE (SEULEMENT SI DIFFÉRENTE DE L'ADRESSE PRINCIPALE DE LA COMPAGNIE)

CODE POSTAL

VILLE

PAYS

A partir d'aujourd'hui et jusqu'à nouvel ordre, je confère à Vanbreda l'autorisation d'encaisser toutes les factures à mon nom. J'avertirai immédiatement Vanbreda 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

¹ Le code CVC (Code Validation Carte) sont les 3 derniers chiffres du code au verso de la carte.

Veillez envoyer ce formulaire à: