



Global Health Insurance

Proposition

Données du preneur d'assurance:

Nom: _____

Personne de contact: Nom: _____ Prénom: _____

Adresse: _____

Pays: _____ Langue: Néerlandais Français Anglais

Données personnelles de l'assuré:

Nom: _____ Prénom: _____

Date de naissance: _ jour ___ mois _____ année Sexe: M F

Nationalité: _____ Langue: Néerlandais Français Anglais

Adresse de correspondance dans le pays d'origine:

Adresse: _____

Code postale + lieu: _____ Pays: _____

Téléphone: _____ Adresse e-mail: _____

Vous êtes: employée indépendant Activité: _____

Adresse de correspondance dans le pays de destination (si connue):

Adresse: _____

Code postale + lieu: _____ Pays: _____

Téléphone: _____ Adresse e-mail: _____

Durée de l'assurance:

Date de départ: _____ jour ___ mois _____ année Date de retour: _____ jour ___ mois _____ année

Etes- vous, ou étiez-vous au cours des 6 derniers mois, sous traitement médical ? Oui Non

Si oui, pourquoi êtes-vous ou avez-vous été sous traitement?

Les maladies préexistantes ne sont pas couvertes par la GHI .

Je déclare d'avoir pris connaissance des conditions générales.

Signature preneur d'assurance/assuré:

Lieu: _____

Date: _____ Signature: _____