

SIP - DEMANDE D'ASSURANCE

Preneur d'assurance/Assuré : (à compléter en lettres capitales svp)

Broker : *Gras Savoye*

Nom :
Prénoms :
Date de naissance :	Jour : Mois : Année :
Sexe :	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Nationalité :
Langue :	<input type="checkbox"/> Néerlandais <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Anglais
Adresse du domicile :
Téléphone :
E-mail :

Institution d'enseignement dans le pays où vous résidez habituellement (adresse incl.) :	
.....	
Vous êtes : <input type="checkbox"/> étudiant <input type="checkbox"/> membre du personnel <input type="checkbox"/> scientifique	
Si vous êtes étudiant,	
Branche étudiée :	
Numéro d'inscription :	

Pays de destination :	
Institution d'enseignement où vous participez au programme d'échange/stage dans le pays de destination (adresse incl.) :	
.....	
Adresse de résidence:	
.....	
Téléphone :	
E-mail :	

Date de départ : Jour : Mois : Année :	
Date de retour : Jour : Mois : Année :	
(y compris le jour d'arrivée dans le pays de résidence habituelle)	

Etes-vous sous traitement médical ou l'étiez-vous au cours des 6 derniers mois ?	
<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	

Prime par personne et par jour (incl. taxes 9.25 %, excl. 3,50 EURO de frais de police :
(prime minimum par police: 25 EUR) (veuillez svp cocher la formule choisie)

<input type="checkbox"/> Formule 1 : Remboursement des frais de traitement au 1er euro	: 1,28 EUR
<input type="checkbox"/> Formule 2 : Remboursement des frais de traitement après intervention de la mutuelle	: 0,77 EUR

<input type="checkbox"/> Option 1 : Extension aux sports d'hiver, à la plongée et à la spéléologie	: 0,16 EUR
<input type="checkbox"/> Option 2 : Assurance annulation, interruption (prime par assuré par contrat)	: 42,00 EUR

Aperçu général des indemnités :

Section 1 :	Décès accidentel	5.000,00 EUR
Section 2 :	Invalidité permanente accidentelle	75.000,00 EUR
Section 3 :	Frais de séjour à l'hôpital (accident/maladie) en chambre commune, pendant maximum 365 jours :	frais réels
	Frais de traitement (accident/maladie)	frais réels
Section 4 :	Frais dentaires d'urgence	250,00 EUR
Section 5 :	Assistance aux personnes	
	Prestations :	
	- rapatriement ou transport sanitaire	frais réels
	- rapatriement ou transport de la dépouille	7.500,00 EUR
	- retour anticipé en cas de décès d'un parent	frais réels
	- l'expédition de médicaments	frais réels
	- frais de recherche et de sauvetage	frais réels
	- frais de télécommunication	125,00 EUR
	- assistance voyage (perte/vol documents de voyage, interprète, billet de voyage)	frais réels
	- assistance juridique	5.000,00 EUR
	- frais de transport/séjour membres de la famille	7.500,00 EUR
Section 6 :	Bagages	1.500,00 EUR
	Mobilier	5.000,00 EUR
Section 7 :	Responsabilité civile vie privée	
	- couverture suivant l'A.R. du 12 janvier 1984.	

Option annulation : 1.200 EUR

La couverture n'est d'application qu'à partir de la date de départ mentionnée ci-avant et n'est acquise qu'après paiement à la Compagnie de la prime et frais annexes dus, endéans les 30 jours à compter de la date d'effet du contrat.

Le preneur d'assurance dispose de 30 jours à partir de la date de réception par la Compagnie de la présente demande d'assurance pour résilier le contrat; la résiliation prendra effet immédiatement lors de la notification de cette résiliation auprès de la Compagnie. Dans ce cas, les primes payées seront remboursées. La compagnie d'assurance peut également résilier le présent contrat dans un délai de 30 jours après réception de la présente demande d'assurance. La résiliation entrera alors en vigueur 8 jours après la notification de celle-ci. Dans ce cas, les primes payées seront également remboursées.

Les informations personnelles reprises sur ce document sont collectées et conservées par ACE European Group Limited, avenue des Nerviens 9 – 11, bte 7, à 1040 Bruxelles, dans le cadre de la gestion globale de la relation clientèle, la vente et la commercialisation des assurances. Conformément aux dispositions de la loi du 8 décembre 1992 relative à la protection de la vie privée, le preneur d'assurance/l'assuré a le droit de consulter les données le concernant ainsi que le droit de rectification de toute donnée éventuellement erronée, incomplète ou sans objet relative à sa personne. A cette fin, le preneur d'assurance/l'assuré doit envoyer une lettre recommandée au détenteur du fichier : ACE European Group Limited Entreprise agréée sous le numéro de code CBFA 2312. Pour de plus amples informations, il peut consulter le Registre Public des données personnelles.

Le preneur d'assurance/l'assuré déclare avoir pris connaissance des conditions générales (disponibles sur www.grassavoye.be) de Student Insurance Program formant intégralement partie du contrat et en avoir reçu un exemplaire.

Signature preneur d'assurance/assuré :

Lieu :

Date : Jour : Mois : Année :