



# Tableau des garanties

Prestations couvertes	Essential Individuel	Confort Individuel	Premium Individuel
<b>Responsabilité civile Vie Privée</b>			
Zone de couverture	Tous les Pays de Détachement ou d'Expatriation sauf USA Canada		
Dommages corporels, matériels et immatériels	4 600 000 €	4 600 000 €	4 600 000 €
Dont Dommages matériels et immatériels : consécutifs	460 000 €	460 000 €	460 000 €
Franchise absolue	150 € par sinistre	150 € par sinistre	150 € par sinistre
Défense devant les juridictions civiles, commerciales ou administratives. Défense des intérêts civils devant les juridictions répressives	Frais à la charge de l'assureur sauf dépassement du plafond de garantie en cause dans la limite de 7 700 Euros	Frais à la charge de l'assureur sauf dépassement du plafond de garantie en cause dans la limite de 7 700 Euros	Frais à la charge de l'assureur sauf dépassement du plafond de garantie en cause dans la limite de 7 700 Euros
<b>Individuelle Accident</b>			
Zone de couverture	Tous les Pays de Détachement ou d'Expatriation		
DECES accidentel			
- Célibataire ou Couple	10 000 €	37 500 €	75 000 €
- Enfant	5 000 €	5 000 €	5 000 €
INFIRMITE PERMANENTE TOTALE suite à accident (IP Partielle - barème des Accidents du Travail de la Sécurité Sociale Française)			
- Célibataire ou Couple	10 000 €	37 500 €	75 000 €
- Enfant	10 000 €	37 500 €	75 000 €

Option	Advanced Individuel
<b>Assistance, aide et services</b>	
Aménagement du domicile / véhicule au retour de l'expatriation	10% du capital INFIRMITE avec un maximum de 15 000 €
Indemnités journalières en cas de COMA par accident (à partir de 10 jours consécutifs de coma et durant 365 jours)	1/365 <sup>ème</sup> du salaire annuel par jour de coma avec un maximum de 150 € par jour
Frais de recherche et de sauvetage	20 000 €
Retour prématuré	Titre de transport
Avance de la caution pénale et paiement des honoraires d'avocats	10 000 €
Ecoute et soutien psychologique	Selon texte des Conventions spéciales



# Primes annuelles 2010

## 1. Plans : tarifs annuels en Euro

Situation familiale	<b>ESSENTIAL</b> Individuel	<b>CONFORT</b> Individuel	<b>PREMIUM</b> Individuel
Célibataire	50,00 €	95,00 €	160,00 €
Couple	95,00 €	180,00 €	290,00 €
Famille	115,00 €	210,00 €	350,00 €

## 2. Option : tarifs annuels en Euro

Situation familiale	<b>ADVANCED</b> Individuel		
Célibataire	60,00 €		
Couple	120,00 €		
Famille	180,00 €		

## 3. Notes

- La zone de couverture pour la Responsabilité Civile Vie Privée est « tous les pays de détachement ou d'expatriation sauf USA et Canada ». Pour tout autre besoin, merci de consulter votre Assureur Conseil, dont le nom figure en dernière page du formulaire d'affiliation.

- Ces plans ne couvrent pas le risque de Risques de Guerre et assimilés (attentats, émeutes, mouvements populaires et agression). Votre Assureur Conseil peut, le cas échéant, vous soumettre une tarification spécifique dans le cadre d'une souscription collective (Groupe).

- Des frais de dossier d'un montant de 10,00 € sont à ajouter aux primes indiquées ci-dessus. Le paiement se fait d'avance pour une année pleine. Ce document n'est pas une facture.



# Formulaire d'affiliation

Veillez lire attentivement ce qui suit et fournir toutes les informations nécessaires en LETTRES MAJUSCULES et cocher  les cases qui conviennent

## 1. Informations sur le souscripteur

Veillez fournir les informations sur toutes les personnes à assurer, comprenant l'assuré principal et toutes les personnes à charge. Les personnes à charge incluent le conjoint/partenaire et/ou tout enfant dépendant financièrement de l'assuré principal et âgé de moins de 18 ans, ou de moins de 24 ans s'il poursuit des études à temps plein. Seules les personnes de moins de 70 ans verront leur demande d'affiliation considérée.

### Assuré principal

M.  Mme  Mlle  Autre \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

Autres initiales \_\_\_\_\_ Nom \_\_\_\_\_

Date de naissance (jj/mm/aa) \_\_\_\_\_ Sexe : Masculin  Féminin

Adresse de correspondance (où vous êtes ou serez établi durant la majorité de l'année d'assurance) \_\_\_\_\_

Téléphone \_\_\_\_\_ (indicatif pays) \_\_\_\_\_ (indicatif régional) \_\_\_\_\_

Fax \_\_\_\_\_ (indicatif pays) \_\_\_\_\_ (indicatif régional) \_\_\_\_\_

Adresse email (obligatoire) \_\_\_\_\_

Profession \_\_\_\_\_

Nationalité \_\_\_\_\_

### Personnes à charge :

	Nom, Prénom(s)	Sexe (M/F)	Nationalité	Date de naissance (JJ/MM/AAAA)
Conjoint(e)				
Enfant				
Enfant				
Enfant				
Enfant				

## 2. Date de début de la couverture d'assurance

Veillez indiquer la date à laquelle vous souhaitez commencer

votre couverture (les inscriptions ne peuvent commencer que le premier jour du mois) : 01 / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

### 3. Détails de votre couverture Indigo

Merci de choisir  le plan auquel vous souhaitez souscrire, ainsi que l'éventuelle option :

	ESSENTIAL Individuel	CONFORT Individuel	PREMIUM Individuel	Prime annuelle
<b>Responsabilité civile vie privée &amp; Individuelle Accident</b>	<input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Couple <input type="checkbox"/> Famille	<input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Couple <input type="checkbox"/> Famille	<input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Couple <input type="checkbox"/> Famille	..... €
<b>Option ADVANCED</b>	<input type="checkbox"/> Célibataire	<input type="checkbox"/> Couple	<input type="checkbox"/> Famille	..... €
			Frais de dossier	+ 10 €
			<b>TOTAL</b>	..... €

La couverture comporte obligatoirement l'un des 3 plans proposés et l'option Advanced ne peut être souscrite séparément. Le changement de plan ou d'option ne peut se faire qu'au moment du renouvellement.

### 4. Informations sur le paiement

La devise de paiement est l'EURO, et toutes les primes doivent être réglées annuellement d'avance. Le paiement doit nous parvenir avec votre formulaire d'affiliation.

**Veillez indiquer  le mode de paiement souhaité:**

Annuel

**Chèque**

**Virement**

- Lors d'un virement bancaire, vous devez préciser le nom du souscripteur et vous assurer que les paiements sont reçus dans les temps. Nous déclinons toute responsabilité en cas de paiement ne précisant pas clairement l'identité du souscripteur.
- Coordonnées bancaires auxquelles vous devez effectuer le virement : Titulaire : Assurances et Conseils Moncey ; Banque : BRED Banque Populaire; BIC : BREDFRPPXXX ; IBAN : FR76 1010 7001 7500 3190 1660 361 ; Code banque : 10107 ; Code guichet : 00175 ; N°compte : 00319016603; Clé : 61 ; Domiciliation : BRED Paris Opera

### 5. Déclaration

Veillez lire attentivement les déclarations suivantes et ne signer ci-dessous que si vous les comprenez et les acceptez :

- Je déclare que toutes les informations fournies ci-dessus sont exactes et complètes, y compris celles rédigées par un tiers. Je déclare qu'aucun élément matériel n'a été omis, déformé ou formulé incorrectement. J'accepte que cette déclaration soit la base du contrat entre TOKIO MARINE et moi-même, et je reconnais que toute déclaration fautive, incorrecte ou trompeuse peut rendre cette assurance nulle et non avenue.
- Je comprends que je peux annuler ma demande par écrit soit par lettre, email ou fax, dans un délai de 30 jours à partir de la date à laquelle je reçois les conditions générales complètes de ma police d'assurance. Si je n'ai pas envoyé de demande de remboursement, la totalité de ma prime me sera remboursée.
- J'accepte le fait que cette police d'assurance sera soumise aux conditions générales standards en vigueur au commencement de la police. Je confirme que j'ai bien lu et pris connaissance de toutes les définitions, des garanties, des exclusions et des conditions de la police.

En tant qu'assuré principal, je signe cette déclaration au nom de toutes les personnes incluses dans ce Formulaire.

Signature de l'assuré principal

Date (jj/mm/aaa)

Merci de retourner votre formulaire dûment complété par:

**Email: [affiliation@assurance-sante-expatrie.net](mailto:affiliation@assurance-sante-expatrie.net)** (document numérisé)

Courrier postal à Assurances INDIGO, 11, rue Jean-Baptiste Pigalle, F-75009 Paris

**Fax: +33 (0)1 53 16 42 61**

