

ETUDIANT SUMMUM 1^{er} EUROS WVH (Working Holiday)

2010

Partenaire de votre mobilité.

www.aoc-insurancebroker.com



La garantie Assistance
et Santé 1^{er} euro
des étudiants à l'étranger



Hot line :

+33 (1) 49 97 80 38

60 rue de Strasbourg

92400 COURBEVOIE

Tél. + 33 (1) 56 07 07 07

Fax +33 (1) 49 97 80 38

Contact@aoc-insurancebroker.com



ASSUR-TRAVEL





Vous effectuez vos études, un stage à l'étranger, vous êtes un jeune au pair ou vous voyagez dans le cadre du visa vacances travail / working holiday.

Notre contrat prend en charge vos frais médicaux au Premier Euro sans franchise, les dommages que vous causez à autrui dans le cadre de la garantie Responsabilité Civile Vie Privée, et votre Assistance Rapatriement sur un simple appel téléphonique.

Vous êtes français ou européen, nos contrats vous couvrent dans le monde entier quelle que soit la durée de votre séjour à l'étranger.

NOS POINTS FORTS :

- **Des contrats clairs et complets, adaptés à vos besoins et à votre budget,**
- **Aucune franchise pour vos frais médicaux,**
- **Un tiers payant pour tous vos frais d'hospitalisation sur simple appel téléphonique,**
- **Un plateau d'assistance médicale à votre disposition 24H/24 et 365 jours par an,**
- **Des formalités d'adhésion réduites,**
- **Une équipe à votre écoute pour vous conseiller sur les produits,**
- **Des remboursements rapides de vos frais médicaux,**
- **La garantie de toutes vos activités sportives non professionnelles.**





COMMENT ADHÉRER ?

Définitions et champ d'application

BÉNÉFICIAIRES

Les personnes physiques ayant leur domicile principal et habituel en Europe occidentale.

PAYS DE RÉSIDENCE

Le pays dans lequel vous effectuez votre séjour. Il est obligatoirement différent du pays de domicile

DOMICILE

Votre lieu de résidence principal et habituel situé, au jour de votre souscription, en France, Principautés d'Andorre et de Monaco, ou en Europe occidentale.

DÉPLACEMENTS GARANTIS

Tout déplacement à l'étranger d'une durée maximum de 12 mois.

SÉJOUR GARANTI

Séjour effectué par le bénéficiaire, hors du pays de domicile, pour une durée maximum de 12 mois et ayant pour objectif :

- Soit la réalisation d'un stage en entreprise rémunéré ou non mais faisant l'objet d'une convention de stage (y compris pour les apprentis),

- Soit la réalisation d'un voyage d'études auprès d'une université, d'une école ou d'un organisme de langues à l'étranger,
- Soit la formation professionnelle continue,
- Soit le perfectionnement de l'apprentissage d'une langue étrangère en travaillant « au pair » dans une famille à l'étranger,
- Soit la réalisation d'un voyage dans le cadre du programme VACANCES TRAVAIL/WORKING HOLIDAY.

ÉVÉNEMENTS GARANTIS

Maladie, blessure ou décès lors un déplacement garanti.

TERRITORIALITÉ

Les garanties s'appliquent dans le monde entier.

D'une manière générale, sont exclus les pays en état de guerre civile ou étrangère, d'instabilité politique notoire, subissant des mouvements populaires, émeutes, actes de terrorisme, représailles, restriction à la libre circulation des personnes et des biens (quelqu'en soit le motif, notamment sanitaire, de sécurité, météorologique...).

COTISATIONS

CALCUL DES COTISATIONS

Les cotisations sont exprimées en Euros, en fonction de la zone de souscription et de la durée du séjour.

PAIEMENT DES COTISATIONS

Les cotisations sont payables d'avance à la souscription du contrat.

Tarifs en Euros TTC (dont taxe d'assurance 9 %)

Liste des pays par Zone :

ZONE 1 : USA, Canada, Asie, Australie.

ZONE 2 : Autres destinations, tous les pays qui ne figurent pas dans la zone 1 sauf les pays exclus (cf dispositions générales).

	ZONE 1	ZONE 2
15 jours	19	16
1 mois	35	29
2 mois	65	59
3 mois	90	77
4 mois	110	103
5 mois	130	121
6 mois	150	143
7 mois	170	161
8 mois	190	183
9 mois	215	202
10 mois	245	224
11 mois	270	242
12 mois	300	264



LES GARANTIES

Garanties Santé et Assistance

GARANTIES	PRISE EN CHARGE OU AVANCE
Frais Médicaux à l'étranger au 1^{er} euro	100% des frais réels avec un maxi de
USA, CANADA, ASIE, AUSTRALIE	500.000 € par assuré
Autres destinations	200.000 € par assuré
Soins dentaires d'urgence	200 € par assuré
Frais Médicaux dans votre pays d'origine	20.000 € par assuré
Avance de frais d'hospitalisation à l'étranger :	
USA, CANADA, ASIE, AUSTRALIE	500.000 € par assuré
Autres destinations	200.000 € par assuré
Assistance aux personnes en cas de maladie ou blessure	
Contact médical	Frais réels
Transport - rapatriement	Frais réels
Visite d'un proche	(1) + frais d'hôtel 100 € par nuit pendant 10 nuits
Poursuite du séjour garanti	(1)
Retour anticipé : en cas de maladie grave d'un proche parent	Billet aller et retour (1)
Assistance aux personnes en cas de décès	
Rapatriement du corps	Frais réels
Frais de cercueil nécessaire au transport	Frais réels
Retour anticipé : en cas de décès d'un proche parent	Billet aller et retour (1)
Assistance Voyage	
Avance de fonds	800 €
Avance de caution pénale	30.000 €
Prise en charge des honoraires d'avocat	8.000 €
Frais de recherche et de secours	5.000 € par évènement
Informations pratiques « voyage »	Frais réels

(1) Transport par avion classe économique ou train 1^{ère} classe.

Garanties Responsabilité Civile

GARANTIES	PRISE EN CHARGE
Tous préjudices confondus	1.525.000 €
Dommages matériels et immatériels consécutifs	300.000 €
Franchise	300 €



Définition des Garanties Frais médicaux

Vous êtes malade, blessé lors d'un déplacement garanti, nous intervenons dans les conditions suivantes :

FRAIS MÉDICAUX ET D'HOSPITALISATION

(uniquement à l'étranger)

Vous êtes garanti pour le remboursement de vos frais d'hospitalisation et frais médicaux prescrits par toute autorité médicale à l'étranger, consécutifs à une atteinte corporelle survenue et constatée à l'étranger lors d'un déplacement garanti,

Lorsque des frais médicaux ou d'hospitalisation ont été engagés avec notre accord préalable, nous vous remboursons vos frais médicaux, au premier euro.

Si vous bénéficiez d'une prise en charge par les éventuels organismes d'assurance (sécurité sociale ou autres), nous vous remboursons en complément de ces organismes. Nous n'intervenons qu'une fois les remboursements effectués par ces derniers, sous réserve de la communication des justificatifs originaux de remboursement des organismes sociaux.

Cette prestation cesse à dater du jour où Mutuaide Assistance est en mesure d'effectuer votre rapatriement.

Ce remboursement couvre les frais définis ci-dessous, à condition qu'ils concernent des soins reçus par vous hors de votre pays de domicile (hors dérogation prévue à l'article 2.II « Frais médicaux et d'hospitalisation dans votre pays d'origine »), à la suite d'une maladie ou d'un accident survenu hors de votre pays de domicile. Dans ce cas, nous remboursons le montant des frais engagés jusqu'à un maximum de :

■ **500.000 € TTC** par personne aux USA, Canada, Asie, Australie.

■ **200.000 € TTC** par personne dans tous les autres pays.

Les soins dentaires d'urgence sont pris en charge à concurrence de 200 € TTC maximum par personne, sans application de franchise.

FRAIS OUVRANT DROIT À PRESTATION :

Les frais de visite, de consultation, de pharmacie, de soins infirmiers, d'hospitalisation médicale et chirurgicale y compris les honoraires médicaux et chirurgicaux, d'une manière générale, tout acte médical ou chirurgical lié à votre pathologie, les frais d'ambulance ou de taxi ordonnés par un médecin pour un trajet local à l'étranger, les soins dentaires.

Cette garantie est acquise exclusivement aux conditions suivantes :

■ La garantie ne s'applique qu'aux frais ayant fait l'objet d'un accord de notre service médical matérialisé par la communication d'un numéro de dossier à vous-même ou à toute personne agissant en votre nom dès lors que le bien fondé de la demande est constaté,

■ En cas d'hospitalisation, sauf cas de force majeure, nous devons être avisés de l'hospitalisation dans les 24 heures suivant la date mentionnée au certificat d'hospitalisation,

■ Vous devez accepter tout changement de centre hospitalier préconisé par nos services,

■ Dans tous les cas, le médecin que nous avons missionné doit pouvoir vous rendre visite et avoir libre accès à votre dossier médical, dans le respect le plus strict des règles déontologiques,

■ La garantie cesse automatiquement à la date où nous procédons à votre rapatriement.

Extensions de la garantie

« Frais médicaux et d'hospitalisation »

Vous êtes malade, blessé lors d'un déplacement garanti, nous intervenons dans les conditions suivantes :

AVANCE DE FRAIS D'HOSPITALISATION

(uniquement à l'étranger)

Nous pouvons, dans la limite des montants de prise en charge prévus ci-dessus, procéder à l'avance des frais d'hospitalisation que vous devez engager hors de votre pays de domicile, aux conditions cumulatives suivantes :

■ les médecins de Mutuaide Assistance doivent juger, après recueil des informations auprès du médecin local, qu'il est impossible de vous rapatrier dans l'immédiat dans votre pays de domicile,

■ les soins auxquels s'applique l'avance doivent être prescrits en accord avec les médecins de Mutuaide Assistance,

■ vous ou toute personne autorisée par vous doit s'engager formellement par la signature d'un document spécifique, fourni par Mutuaide

Assistance lors de la mise en oeuvre de la présente prestation :

■ à engager les démarches de prise en charge des frais auprès des organismes d'assurance dans le délai de 15 jours à compter de la date d'envoi des éléments nécessaires à ces démarches par Mutuaide Assistance,

■ à effectuer les remboursements à Mutuaide Assistance des sommes perçues à ce titre de la part des organismes d'assurance dans la semaine qui suit la réception de ces sommes.

Resteront uniquement à la charge de Mutuaide Assistance, et dans la limite du montant de prise en charge prévu pour la prestation «frais médicaux et d'hospitalisation», les frais non pris en charge par les organismes d'assurance. Vous devrez communiquer à Mutuaide Assistance l'attestation de refus de prise en charge émanant de ces organismes d'assurance, dans la semaine qui suit sa réception.



Afin de préserver nos droits ultérieurs, nous nous réservons le droit de vous demander à vous ou à vos ayants droit soit une empreinte de votre carte bancaire, soit un chèque de caution, soit une reconnaissance de dette limitée au montant de l'avance.

A défaut d'avoir effectué les démarches de prise en charge auprès des organismes d'assurance dans les délais, ou à défaut de présentation à Mutuaide Assistance dans les délais de l'attestation de non prise en charge émanant de ces organismes d'assurance, vous ne pourrez en aucun cas vous prévaloir de la prestation « frais médicaux » et devrez rembourser l'intégralité des frais d'hospitalisation avancés par Mutuaide Assistance, qui engagera, le cas échéant, toute procédure de recouvrement utile, dont le coût sera supporté par vous.

Pour le cas où nous ferions l'avance des fonds à hauteur des montants exprimés ci-dessus, vous vous engagez à nous reverser les remboursements obtenus des organismes sociaux et de prévoyance dans un délai de 3 mois à compter du jour de l'avance.

FRAIS MÉDICAUX ET D'HOSPITALISATION DANS VOTRE PAYS D'ORIGINE

Nous pouvons, dans la limite de **20.000 € TTC**, vous rembourser les frais médicaux ou d'hospitalisation que vous devez engager **dans votre pays de domicile**, suite à une maladie ou un accident grave **survenu dans votre pays de domicile**, si les conditions suivantes sont réunies :

- Votre retour dans votre pays de domicile est effectué uniquement pendant les vacances, alors que la durée de votre séjour à l'étranger n'est pas expirée, conformément aux dates figurant sur votre bulletin d'adhésion,
- Votre retour dans votre pays de domicile n'excède pas 30 jours consécutifs,

■ La garantie ne s'applique qu'aux frais ayant fait l'objet d'un accord de notre service médical, matérialisé par la communication d'un numéro de dossier à vous-même ou à toute personne agissant en votre nom dès lors que le bien fondé de la demande est constaté.

Si vous bénéficiez d'une prise en charge par les éventuels organismes d'assurance (sécurité sociale ou autres), nous vous remboursons en complément de ces organismes. Nous n'intervenons qu'une fois les remboursements effectués par ces derniers, sous réserve de la communication des justificatifs originaux de remboursement de ces organismes.

Si vous n'êtes plus couvert par les organismes sociaux et d'assurance dans votre pays de domicile, nous vous remboursons dans la limite du montant de prise en charge prévu pour la prestation «frais médicaux et d'hospitalisation». Dans ce cas, les remboursements seront limités aux tarifs de convention de la Sécurité Sociale française.

Vous devez toutefois communiquer à Mutuaide Assistance la ou les attestation(s) de refus de prise en charge émanant de ces organismes d'assurance, dans la semaine qui suit leur réception.

Dans tous les cas, une franchise de **30 € TTC** est appliquée.

Cette prestation cesse au plus tard à la date d'expiration de votre contrat, figurant sur votre bulletin d'adhésion.

FRAIS OUVRANT DROIT À PRESTATION :

Les frais de visite, de consultation, de pharmacie, de soins infirmiers, d'hospitalisation médicale et chirurgicale y compris les honoraires médicaux et chirurgicaux, d'une manière générale, tout acte médical ou chirurgical lié à votre pathologie, les frais d'ambulance ou de taxi ordonnés par un médecin pour un trajet local à l'étranger, les soins dentaires.

Les exclusions spécifiques de la garantie « Frais médicaux et d'hospitalisation »

Ne donnent pas lieu à notre intervention :

- Les frais médicaux ou d'hospitalisation consécutifs aux cas de dorsalgie, lombalgie, lombosciatique, hernie discale, pariétale, intervertébrale, crurale, scrotale, inguinale de ligne blanche et ombilicale,
- Les frais de transplantation d'organes non nécessités par un accident ou une maladie garantie,
- Les frais de chirurgie esthétique ou reconstructive et les traitements de confort tels que :
 - L'acné, les allergies y compris les tests d'allergie,
 - Tout contrôle ou examen périodique et contrôles périodiques contraceptifs
 - Les opérations de chirurgie esthétique de toute nature, non consécutives à un accident garanti,
 - Les opérations et traitements cosmétiques de toute nature, non consécutifs à un accident garanti,
 - Les opérations et traitements de malformations congénitales,
- Les bilans de santé,
- Les tests de fertilité et les traitements liés à la fertilité (hommes et femmes), la ligature des trompes,
- Les traitements hormonaux, l'incontinence,
- Le traitement des verrues et des kystes,
- Les traitements pour surcharge pondérale, les traitements d'amaigrissement,
- Les examens pré-nuptiaux,
- Les traitements préventifs ou vaccins non consécutifs à un évènement garanti,
- Les traitements de l'insomnie
- La vasectomie,
- Tous les actes médicaux et traitements relevant du domaine de la recherche ou de l'expérimentation, ou n'étant généralement pas reconnus comme des pratiques médicales ordinaires,
- Les séances d'acupuncture, d'ostéopathie,
- Les frais et traitements non prescrits par une autorité médicale habilitée.

Pour le détail des garanties Assistance et Responsabilité Civile veuillez vous reporter aux conditions générales disponibles sur le site www.assur-travel.fr.



Comment se faire prendre en charge ?

Seul l'appel téléphonique du bénéficiaire au moment de l'événement permet la mise en œuvre des prestations d'assistance.

Dès réception de l'appel, **MUTUAIDE ASSISTANCE**, après avoir vérifié les droits du demandeur, organise et prend en charge les prestations prévues dans la présente convention.

Pour bénéficier d'une prestation, **MUTUAIDE ASSISTANCE** peut demander au bénéficiaire de justifier de la qualité qu'il invoque et de produire, à ses frais, les pièces et documents prouvant ce droit.

Le bénéficiaire doit permettre à nos médecins l'accès à toute information médicale concernant la personne pour laquelle nous intervenons. Cette information sera traitée dans le respect du secret médical.

MUTUAIDE ASSISTANCE ne peut en aucun cas se substituer aux organismes locaux de secours d'urgence et intervient dans la limite des accords donnés par les autorités locales, ni prendre en charge les frais ainsi engagés, à l'exception des frais de transport en ambulance ou en taxi jusqu'au lieu le plus proche où pourront être prodigués les soins appropriés, en cas d'affection bénigne ou de blessures légères ne nécessitant ni un rapatriement ni un transport médicalisé.

Les interventions que **MUTUAIDE ASSISTANCE** est amenée à réaliser se font dans le respect intégral des lois et règlements nationaux et internationaux. Elles sont donc liées à l'obtention des autorisations nécessaires par les autorités compétentes.

Lorsque **MUTUAIDE ASSISTANCE** a pris en charge votre transport, vous devez lui restituer votre billet de retour initialement prévu et non utilisé.

MUTUAIDE ASSISTANCE décide de la nature de la billetterie aérienne mise à la disposition du bénéficiaire en fonction des possibilités offertes par les transporteurs aériens et de la durée du trajet.

MUTUAIDE ASSISTANCE ne peut être tenue pour responsable des manquements à l'exécution des prestations en cas de délai et/ou d'impossibilité à obtenir des documents administratifs tels que visa d'entrée ou de sortie, passeport etc. nécessaires à votre transport à l'intérieur ou hors du pays où vous vous trouvez, ou à votre entrée dans le pays préconisé par nos médecins pour y être hospitalisé(e), ni des retards dans l'exécution résultant des mêmes causes.

N° D'APPEL D'URGENCE

Pour toute demande d'assistance ou de prise en charge de frais médicaux, nous mettons à votre disposition un N° d'appel.

Conditions de remboursement Santé et Assistance

Les remboursements au bénéficiaire ne peuvent être effectués par **MUTUAIDE ASSISTANCE** que sur présentation des factures originales acquittées correspondant à des frais engagés avec son accord.

Les demandes de remboursement doivent être adressées à :

MUTUAIDE ASSISTANCE
 Service Gestion des Sinistres
 8-14, Avenue des Frères Lumière
 94368 BRY SUR MARNE CEDEX

Le bénéficiaire ou le souscripteur doit respecter strictement les modalités d'application attachées à la mise en œuvre des prestations.



Document à retourner à ASSUR-TRAVEL, Service Etudiants - 49, bd de Strasbourg - 59000 LILLE

CONTRATS N° 10/3886 - N° AC 470583

N° ASSUR-TRAVEL : Date d'effet :

■ SOUSCRIPTEUR

Nom : Prénom : N° Sécurité Sociale : Né(e) le: Nationalité : Nationalité : Pays d'expatriation : Adresse : Tél. : Fax : C.P. : Ville : E-mail : Coordonnées Ecole, Institut, Faculté :

■ BÉNÉFICIAIRE (à compléter si Bénéficiaire différent du souscripteur)

Nom : Prénom : N° Sécurité Sociale : Né(e) le: Nationalité : Nationalité : Pays d'expatriation : Adresse : Tél. : Fax : C.P. : Ville : E-mail : Coordonnées Ecole, Institut, Faculté :

LISTE DES AUTRES BÉNÉFICIAIRES

NOM	PRÉNOM	SEXE	DATE DE NAISSANCE
<input type="text"/>	<input type="text"/>	M F	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	M F	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	M F	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	M F	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	M F	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	M F	<input type="text"/>

TYPE DE CONTRAT SOUSCRIT - COTISATION

Étudiant Zone 1 (USA, Canada, Asie, Australie) Zone 2 (autres destinations)

Voir les dispositions générales pour la liste détaillée des pays et des exclusions.

Durée de validité : du au Durée en semaine(s) : ou en mois : TARIF :

TTC (dont taxe d'assurance 9%)

MODE DE PAIEMENT

 Chèque Espèces (remis au point de vente)

Le présent contrat se compose des Dispositions Particulières et des Dispositions Générales. Le souscripteur reconnaît en avoir pris connaissance et les accepte comme faisant partie dudit contrat. Le présent contrat prend effet à la date de validité indiquée et sous réserve que le paiement soit joint. La date de validité indiquée ne peut être antérieure à la date d'envoi (le cachet de la poste faisant foi). Je certifie que toutes les déclarations ou réponses faites sont sincères et à ma connaissance complètes et exactes. Je déclare ne pas ignorer que si, dans l'appréciation du risque, la compagnie d'assurance a été induite en erreur par suite d'une fausse déclaration intentionnelle ou d'une réticence, mon adhésion sera annulée aux conditions prévues par le Code des Assurances. Je reconnais avoir pris connaissance du contrat. La loi n°78.17 du 06/01/78 relative à l'informatique et aux libertés s'applique aux réponses faites à ce formulaire. Elle vous garantit un droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant auprès du service commercial d'Assur-Travel. Toutes les informations sont obligatoires pour que votre contrat puisse être effectif. Sauf refus formulé par courrier en précisant votre nom, prénom, adresse, n° de contrat et n° d'adhésion Assur-Travel, Assur-Travel se réserve le droit de céder ou d'utiliser vos coordonnées à des fins commerciales.

Fait à :

Cachet de l'intermédiaire

Signature du souscripteur

(précédée de la mention « lu et approuvé »)

le :

ASSUR-TRAVEL - SAS au capital de 38.000 € - Immatriculation ORIAS : N° 07 030 650 - www.orias.fr - RCS LILLE 451 947 378
Siège social : 49, boulevard de Strasbourg - 59000 LILLE - Tél. : +33 (0)3 20 34 67 48 - Fax : +33 (0)3 20 64 29 17

MUTUAIDE ASSISTANCE - SA au capital de 9.520.040 € - RCS 383 974 086 CRETEIL - 8-14 Avenue des Frères Lumière 9438 BRY SUR MARNE
L'EQUITE - SA au capital de 15.369.320 € - RCS B572 084 697 - 7 Bld Haussmann 75442 PARIS CEDEX 09



Dans le cadre de la conclusion d'un contrat d'assurance, la loi du 15 décembre 2005 et son décret d'application du 30 août 2006 ont mis en avant la nécessité d'un renforcement de la protection et du service des futurs assurés. Ce diagnostic nous est nécessaire pour déterminer de façon claire et exacte vos besoins et objectifs en matière d'assurance et ainsi, adapter précisément notre offre à votre situation. Les informations suivantes vous sont données en application des articles L.520-1 et R.520-1 du code des assurances.

I - COURTIER CONSEIL



N° ORIAS : 8045906

II - INFORMATIONS LÉGALES

Le futur assuré peut vérifier l'immatriculation de son courtier conseil à l'adresse suivante :

ORIAS : Organisme pour le registre des Intermédiaires d'Assurances www.orias.fr - 1 rue Jules Lefebvre - 75311 Paris Cedex 09 - Tél : 01 53 21 51 70

Conformément aux dispositions de l'article L.520-1-II b du code des assurances, le contrat qui vous est proposé a été sélectionné parmi les offres émanant d'organismes d'assurance partenaires privilégiés de notre cabinet.

Nous tenons à votre disposition leurs noms et coordonnées, sur simple demande de votre part. En cas de réclamation, n'hésitez pas à nous contacter à l'adresse indiquée au I. Courtier Conseil.

Il est enfin rappelé les coordonnées de l'autorité de Contrôle des Assurances et Mutuelles :

ACP - Autorité de contrôle prudentiel -
61 Rue Taitbout – 75436 PARIS cedex 09

III - INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES

Par ailleurs, en tant que de besoin, nous vous précisons :

que notre cabinet détient une participation directe ou indirecte supérieure à 10% des droits de vote ou du capital de la ou des entreprise(s) d'assurance suivante(s) :

que la ou des entreprise(s) d'assurance suivante(s) :

détient (détiennent) une participation directe ou indirecte supérieure à 10% des droits de vote ou du capital émanant de notre cabinet.

IV - INFORMATIONS VOUS CONCERNANT

M. Mme Mlle

Nom :

Prénom :

Adresse :

CP : Ville :

E-mail : @

Tél. : Profession :

1 - Situation professionnelle :

Salarié Indépendant Retraité Etudiant

2 - Votre statut :

	Date de naissance	Sexe	
Vous :	<input type="text"/>	M	F
Votre conjoint :	<input type="text"/>	M	F
1 ^{er} enfant :	<input type="text"/>	M	F
2 ^{ème} enfant :	<input type="text"/>	M	F
3 ^{ème} enfant :	<input type="text"/>	M	F
4 ^{ème} enfant :	<input type="text"/>	M	F

3 - Expression de vos besoins :

Durée de votre séjour ou déplacement à l'étranger :

Destination :

Quelles sont les garanties souhaitées :

Frais de santé complémentaire :

Frais de santé 1er euro :

Si OUI, avez-vous une garantie santé actuellement :

Assistance :

Assurance annulation :

Assurance bagage :

Assurance individuelle accident :

Assurance Responsabilité Civile vie privée :

Assurance Prevoyance Retraite :

4 - Date d'effet de la garantie souhaitée :

5 - Demandes spécifiques (autres exigences particulières) :

V - VOTRE SOLUTION

Au vu des besoins exprimés au terme du présent diagnostic, nous vous recommandons de souscrire la garantie :

proposée par ASSUR TRAVEL.

Vous trouverez joint à ce diagnostic, un projet personnalisé détaillé présentant l'offre avec la cotisation, le détail des garanties.

Le client reconnaît avoir pris connaissance du contenu du présent document préalablement à l'adhésion au contrat d'assurance proposé ci-dessus, en avoir conservé un exemplaire, et avoir reçu une information détaillée sur l'étendue, la définition des risques et des garanties proposées.

Fait à : Remis le :

en 2 exemplaires Votre courtier conseil Vous