



Voyagez en toute liberté et confiez votre plan de protection
sociale à un vrai professionnel !

De grandes ONG ainsi qu'un grand nombre de Volontaires ont choisi JP LABALETTE pour l'assurance
des expatriés. Ne partez pas sans lui avoir demandé un avis sur vos assurances !

45 Avenue Montaigne - 75380 PARIS CEDEX 08 Tél : 01 40 73 74 10 Fax : 01 47 23 60 16

Société de courtage d'assurances – S.A.S. au capital de 240 000 €

SIREN 662 026 350 - SIRET 662 026 350 00048 – RCS PARIS – N° Orias : 07 003 955 (www.orias.fr) - NAF 6622Z – TVA intracommunautaire : fr85662026350

fréquence
expat
.com

fréquence e x p a t

Voyagez assuré en toute liberté

BUSINESS PLAN

**Expatriés avec couverture sociale
(Sécurité Sociale ou adhérent CFE)**



45 Avenue Montaigne - 75380 PARIS CEDEX 08 Tél : 01 40 73 74 10 Fax : 01 47 23 60 16

Société de courtage d'assurances – S.A.S. au capital de 240 000 €

SIREN 662 026 350 - SIRET 662 026 350 00048 – RCS PARIS – N° Orias : 07 003 955 (www.orias.fr) - NAF 6622Z – TVA intracommunautaire : fr85662026350

fréquence
e x p a t
.com

BULLETIN D'ADHESION – BUSINESS PLAN CONTRAT 078842/501

Personne à assurer

Bénéficiait d'un contrat auprès de JP LABALETTE ou autre organisme avant la souscription au contrat « Business Plan » sans interruption de plus de 30 jours :

OUI (Pas de délai d'attente ni questionnaire santé) NON (Délai d'attente et questionnaire santé)

FORMULE CHOISIE :

Santé/Assistance/RC/Prévoyance : Premium Confort Essentiel

Indemnités Journalières (Uniquement pour les personnes en contrat de travail ou en indépendant) : Gold Silver Bronze

Zone de couverture : Zone 1 Zone 2 Zone 3 Zone 4

Mode de règlement : Carte Bleue Virement bancaire Chèque

Né(e) le _____ Sexe F M N° de Sécurité sociale :

Nom usuel/marital _____ Prénom _____ Nom état civil _____

Situation matrimoniale Célibataire Marié(e) Veuf(ve) Divorcé(e) Vie maritale Pacs
Tél. _____ E-mail _____

Nombre d'enfants fiscalement à charge _____

Adresse _____

Nationalité _____ Numéro de passeport _____

Date d'effet souhaitée _____ Pays d'expatriation _____

Situation professionnelle

Raison Sociale de votre Entreprise en France

N° Siret _____
Raison sociale _____
Adresse _____

Entreprise employeur à l'étranger

N° Siret _____
Raison sociale _____
Adresse _____

Date de début d'expatriation _____ Profession _____

Type de contrat de travail

A durée indéterminée A durée déterminée du _____ au _____ Saisonnier du _____ au _____ Détaché / expatrié

Assuré CFE : OUI NON Salaire annuel brut en euros _____

Êtes-vous actuellement en arrêt de travail ? Oui non si oui partiel ou total

Contrat Santé : autre personne de la famille à assurer (cotisation par personne à assurer)

Zone de couverture : Zone 1 Zone 2 Zone 3 Zone 4

| | Nom | Prénom | Date de naissance | Numéro Sécurité sociale | Régime (Sécurité Sociale, CFE, autre ...) |
|-------------------------|-----|--------|-------------------|-------------------------|---|
| Conjoint/Concubin 1 | | | | | |
| 1er enfant | | | | | |
| 2 ^{ème} enfant | | | | | |
| 3 ^{ème} enfant | | | | | |

1 Fournir pour les concubins un certificat de vie maritale. Au-delà du 3e enfant, donner les informations sur papier libre. Pour les enfants ayant leur propre immatriculation, fournir un certificat de scolarité

A _____ le _____ Signature et / ou Cachet Employeur
Signature de la personne à assurer ou de l'assuré précédée de la mention « Lu et Approuvé » apposée de sa main, sans omettre de dater

Questionnaire d'état de santé – BUSINESS PLAN CONTRAT 078842/501

Les réponses à ce questionnaire doivent être écrites obligatoirement de la main de la personne à assurer. Vous pouvez nous communiquer sur papier libre tout complément d'information concernant votre état de santé.

1. Quels sont vos : taille, poids, tension artérielle habituelle ? Taille _____m Poids _____kg Tension _____
 Quels sont les : taille, poids, tension artérielle habituelle de votre conjoint(e) ? Taille _____m Poids _____kg Tension _____

Veillez répondre par oui ou non :

| Assuré | Conjoint | 1er enfant | 2e enfant |
|--------|----------|------------|-----------|
|--------|----------|------------|-----------|

Si réponse Oui, veuillez compléter en précisant la personne concernée pour chaque question

2. Votre état de santé vous empêche-t-il d'exercer votre activité professionnelle ?
 Temps partiel thérapeutique
 Arrêt total du travail _____
 Causes _____

3. Avez-vous subi ou devez-vous subir une (des) intervention(s) chirurgicale(s), autres qu'appendicite, amygdales ou végétations?
 Laquelle (lesquelles) ?
 Date(s) _____

4. Au cours des cinq dernières années, vous a-t-on prescrit un arrêt de travail ou un traitement médical de plus de trois semaines ?
 Pour quelles raisons ?
 Nature et durée du traitement _____
 Lesquels ? _____

5. Avez-vous reçu des soins ou subi des examens au cours des cinq dernières années, ayant entraîné un séjour dans un établissement médical (hôpital, clinique, maison de repos, de rééducation, diététique, de cure, sanatorium ...) ?

 Date(s) _____
 Joindre photocopie des comptes rendus opératoires et/ou histologiques

6. Au cours des dix dernières années, avez-vous présenté une ou plusieurs des affections suivantes : maladies neurologiques ou psychiatriques (y compris dépression), maladies ostéo-articulaires (dont atteintes vertébrales et para-vertébrales), cancer, leucémie ou autre maladie du sang

 Si vous avez répondu Oui à cette question, veuillez indiquer de quelle maladie il s'agit ainsi que toutes les précisions utiles
 (date, durée, traitement, date de guérison, séquelles, commentaires) :

7. Avez-vous subi un test de dépistage de la séropositivité aux virus des hépatites ou à l'un des virus de l'immuno-déficience humaine ?
 Si Oui, indiquez :
 Date

 La nature du test _____
 Le résultat _____

Questionnaire d'état de santé – BUSINESS PLAN CONTRAT 078842/501

8. Avez-vous des séquelles résultant d'une maladie ou d'un accident ?

Lesquelles ? _____

Date de l'événement _____

Nature _____

Date de consolidation _____

Séquelles _____

9. Êtes-vous atteint d'une infirmité ou titulaire d'une pension (civile ou militaire) d'invalidité ou d'une pension vieillesse ?

Nature de l'infirmité _____

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | | |
|--|--|--|--|

Nature (pension ou rente) _____

Catégorie ou taux _____

Joindre notification

10. Avez-vous été accepté(e) à des conditions spéciales ou refusé(e) au titre d'un contrat d'assurance sur la vie ? ..

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | | |
|--|--|--|--|

.....
Motif et date _____

Je, soussigné, certifie exactes et sincères les informations générales ci-contre ainsi que les réponses aux questions médicales ci-dessus, n'avoir rien déclaré ou omis de déclarer qui puisse induire en erreur l'Assureur, étant entendu que les articles L 113-8 et 9 du Code des assurances édictent les sanctions en cas de fausse déclaration, réticences ou inexactitudes et consens à être garanti en décès selon les bases contractuelles (article L 132-2 du Code des assurances).

A _____ le _____

Signature de la personne à assurer précédée de la mention « Lu et Approuvé » apposée de sa main, sans omettre de dater
 Votre interlocuteur habituel Allianz est en mesure d'étudier au fond toutes vos demandes et réclamations. Si, au terme de cet examen, les réponses données ne satisfont pas votre attente, vous pouvez adresser votre réclamation à JP LABALETTE – Service Prévoyance – 4 rue de Marignan – 75008 Paris. Enfin, en cas de désaccord définitif entre nous relatif à une garantie, vous aurez la faculté de faire appel au médiateur, dont nous vous fournissons, sur simple demande, les coordonnées, et ceci sans préjudice des autres voies d'actions légales.

Besoin d'infos ?
01 40 73 74 10

fréquence
expat
.com

Recommandations sur la rédaction de la désignation du bénéficiaire en cas de décès

Désignation du conjoint

Ne nommez pas votre conjoint. Rédigez de la façon suivante : « mon conjoint non séparé de droit ». Ainsi, en cas de remariage, le capital sera versé au dernier conjoint et en cas de divorce ou de séparation de droit, le capital reviendra au bénéficiaire suivant.

Désignation du concubin ou du partenaire d'un Pacs

Selon le cas, indiquez simplement « mon concubin » ou « partenaire lié par un Pacs ».

C'est la personne qui pourra justifier cette qualité au moment du décès de l'assuré qui sera bénéficiaire du capital.

Le concubin devra justifier de sa situation en produisant une attestation de concubinage notoire.

Le partenaire d'un Pacs devra communiquer la convention de Pacs.

Désignation des enfants

Ne nommez pas vos enfants car cela exclurait les enfants à naître. Adoptez la formule suivante : « mes enfants nés et à naître, vivants ou représentés, par parts égales entre eux ».

Désignation des parents

Adoptez l'une des formules suivantes :

« Mon père et ma mère par parts égales entre eux, la part du prédécédé revenant au survivant », ou si l'un d'eux est désigné en priorité, « mon père, à défaut ma mère » (ou inversement).

Autres désignations

Si vous désignez plusieurs bénéficiaires, il est important de préciser le degré de priorité de chacun d'eux.

Cas n° 1 : vous souhaitez que le capital soit versé en totalité à la première personne désignée, et si celle-ci est décédée, à la suivante. Rédigez de la façon suivante :

« Monsieur X ..., à défaut Madame Y ... »

Cas n° 2 : vous souhaitez que le capital soit réparti de façon égale entre les différents bénéficiaires.

Rédigez de la façon suivante :

« Monsieur X ..., Madame Y ... par parts égales entre eux. » En cas de décès de l'un d'eux sa part reviendra au survivant.

Cas n° 3 : vous souhaitez que le capital soit réparti de manière inégale entre les différents bénéficiaires, dans la limite de 100 % du capital.

Rédigez de la façon suivante :

« 30 % à Monsieur X ..., 50 % à Madame Y ... 20 % à Monsieur Z ... ».

Important

Terminez votre désignation bénéficiaire en cas de décès par « à défaut mes héritiers ».

Désignation de bénéficiaire en cas de décès

1re formule : j'opte pour la désignation type figurant ci-dessous.

En cas de décès, le capital sera attribué :

- au conjoint, non séparé de droit de l'assuré marié,
- à défaut, aux enfants de l'Assuré nés ou à naître, par parts égales entre eux, la part du prédécédé revenant à ses propres enfants ou à ses frères et soeurs s'il n'a pas d'enfant,
- à défaut, les père et mère par parts égales entre eux, la part du prédécédé revenant au survivant,
- à défaut, aux héritiers.

2e formule : je n'opte pas pour la 1re formule et désigne comme bénéficiaire

En optant pour la 2e formule, l'Assuré devra prévoir plusieurs bénéficiaires successifs en s'inspirant de la clause type et s'il souhaite une répartition exacte entre chacun des bénéficiaires, indiquer la part revenant à chacun et terminer la désignation par : à défaut mes héritiers.

Recommandations :

Si l'Assuré désigne son conjoint, il devra indiquer mon conjoint non séparé de droit, sans le nommer. Le concubin ou le partenaire d'un Pacs n'a pas la qualité de conjoint. Le concubin ou le partenaire d'un Pacs ne devra pas être nommé.

Il conviendra d'indiquer simplement, selon le cas « mon concubin » ou « mon partenaire lié par un Pacs ».

C'est la personne qui pourra justifier cette qualité au moment du décès qui sera bénéficiaire du capital. Sinon, cela équivaut à une désignation nominative de la personne, sans référence à sa qualité de conjoint ou de concubin ou de partenaire d'un Pacs.

À défaut de choix d'option, la 1re formule sera appliquée.

Il est rappelé que l'Assuré peut toujours, postérieurement à son admission à l'assurance, modifier la désignation ci-dessus et attribuer le bénéfice de l'assurance à une ou d'autres personnes physiques ou morales.

Veillez prendre note que : le concubin ou le Pacs n'a pas la qualité de conjoint.

A _____ le _____ Signature et / ou Cachet Employeur
Signature de la personne à assurer ou de l'assuré précédée de la mention « Lu et Approuvé » apposée de sa main, sans omettre de dater

45 Avenue Montaigne - 75380 PARIS CEDEX 08 Tél : 01 40 73 74 10 Fax : 01 47 23 60 16

Société de courtage d'assurances – S.A.S. au capital de 240 000 €

SIREN 662 026 350 - SIRET 662 026 350 00048 – RCS PARIS – N° Orias : 07 003 955 (www.orias.fr) - NAF 6622Z – TVA intracommunautaire : fr85662026350