



Bulletin de souscription: Expat

Intermédiaire n° : _____

Nom : _____

Rue-N°-Boite : _____

Pays : __ Code Postal : _____ Localité : _____

Preneur d'assurance :

Nom: _____ Prénom : _____

Rue-N°-Boite : _____

Pays : __ Code Postal : _____ Localité : _____

Souhaite souscrire un contrat Expat.

Bénéficiaires :

Nom	Prénom	Zone

Famille : 0 oui 0 non

Frais Médicaux : 0 oui 0 non

- 12.500 EUR
- 1.000.000 EUR

Pays de destination : _____

A partir du : _____

Nombre de personnes : _____ x _____ € = _____ €

A renvoyer à : s.a. Assudis, Avenue Sleeckx 1, 1030 Bruxelles, Tel 02.247.77.10, Fax 02.247.77.19

