

**DEMANDE DE MODIFICATION EN PLAN H OU H +**

N° police:

**Preneur d'assurance :**

Nom: \_\_\_\_\_ Prénom: \_\_\_\_\_  
 Adresse: \_\_\_\_\_ N°: \_\_\_\_\_  
 Localité: \_\_\_\_\_ Code postal: \_\_\_\_\_  
 Pays : \_\_\_\_\_ Tél : \_\_\_\_\_

La modification de la couverture d'assurance en plan H(+) est souhaitée pour les assurés repris ci-après :

Personnes assurées : nom + prénom	Statut mutuelle <sup>1</sup>	Garantie*	Capital	Franchise
1.		<input type="checkbox"/> H / <input type="checkbox"/> H+	€	€
2.		<input type="checkbox"/> H / <input type="checkbox"/> H+	€	€
3.		<input type="checkbox"/> H / <input type="checkbox"/> H+	€	€
4.		<input type="checkbox"/> H / <input type="checkbox"/> H+	€	€
5.		<input type="checkbox"/> H / <input type="checkbox"/> H+	€	€

<sup>1</sup> 0= Pas de mutuelle – 1= Gros risques – 2= Gros et petits risques – 3= Autre, lequel ?

**Je souhaite la modification dans la police avec date de prise d'effet le :** 01 / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Veuillez répondre ci-dessous à chaque question :

- Durée du séjour à l'étranger : \_\_\_\_\_
- But du séjour à l'étranger \* :
  - déménagement vers l'étranger
  - séjour d'étude
  - tourisme médical
  - autre, veuillez préciser: \_\_\_\_\_
- Une intervention, un traitement ou une opération est-il en cours ou prévu ? \*
  - Oui (veuillez préciser ci-dessous)
  - Non

Le preneur d'assurance désigne comme intermédiaire :

Nom ou dénomination: \_\_\_\_\_ Numéro:

**Paiement de la prime\* :**  Mensuel (domiciliation bancaire obligatoire)  Trimestriel  Semestriel (-1%)  Annuel (-3%)

**Mode de paiement\* :**  Domiciliation  Virement  Intermédiaire d'assurance

**N° compte bancaire :**  -  -

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

\* veuillez cocher la réponse adéquate

**Signature du preneur d'assurance  
ou de son représentant légal**

**Avis de domiciliation:**

N° de police:

Je soussigné(e) (nom et prénom) ou dénomination: \_\_\_\_\_  
 donne autorisation à DKV Belgium S.A. (n° d'identification.: 00000059188), sauf révocation formelle, d'encaisser la prime du contrat et/ou de récupérer en cas d'utilisation de la Medi-Card® les frais suivants: la franchise, les frais non-médicaux ou ceux exclus de la garantie d'assurance, en débitant mon compte n°:

-  -

**Signature du preneur d'assurance  
ou de son représentant légal**