



Bulletin d'adhésion

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

Si vous ajoutez une personne, veuillez indiquer votre numéro de police actuel _____

1. Informations sur le souscripteur

Veillez fournir les informations sur toutes les personnes à assurer, comprenant l'assuré principal et tous les ayants droit. Ceux-ci correspondent au 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. Veuillez joindre un certificat de scolarité pour l'enfant de plus de 18 ans. Seules les personnes de moins de 70 ans verront leur demande de souscription considérée.

Assuré principal

Vous devez nous prévenir de tout changement de vos coordonnées afin que vous receviez la correspondance qui vous est destinée.

M. Mme Mlle Autre _____ Prénom _____

Autres initiales _____ Nom _____

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

Adresse de correspondance (où vous êtes/ serez établi durant la majorité de l'année d'assurance) _____

Téléphone domicile _____ (indicatif pays) _____ (indicatif régional) _____

Téléphone bureau _____ (indicatif pays) _____ (indicatif régional) _____

Téléphone portable _____ (indicatif pays) _____ (préfixe) _____

Fax _____ (indicatif pays) _____ (indicatif régional) _____

Adresse email (obligatoire) _____

Profession _____

Pays d'origine _____

(Le pays pour lequel vous détenez un passeport en cours de validité et/ou vers lequel vous souhaiteriez être rapatrié)

Pays de résidence _____

(Le pays dans lequel vous passez/passerez la majorité de votre temps au cours de la période de couverture d'assurance)

Nationalité _____

Langue dans laquelle vous souhaitez recevoir la documentation : Français Anglais

Personne à contacter dans le cas où quelque chose surviendrait à l'assuré principal :

Nom _____

Adresse _____

Téléphone domicile _____ (indicatif national) _____ (code régional) _____

Téléphone portable _____ (indicatif national) _____ (préfixe) _____

Adresse email _____

Information sur toute assurance santé actuelle nationale ou internationale:

Etes vous affilié ou en cours d'affiliation à

- la Caisse des Français de l'Etranger (CFE) : Oui Non
- l'Office de Sécurité Sociale d'Outre Mer (Ossom / DOZ) : Oui Non

Numéro de Sécurité sociale ou CFE _____

Veillez indiquer si vous avez souscrit une police d'assurance privée auprès d'un Assureur privé:

Nom de l'Assureur _____

Numéro de police _____ Date de début (jj/mm/aa) _____

A compléter uniquement si vous souhaitez joindre une police collective Indigo existante:

Nom de la police collective _____

Numéro de la police collective _____

Ayant droit 1:

M. Mme Mlle Autre _____ Nom _____

Autres initiales _____ Prénom _____

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

Lien de parenté avec l'assuré principal: Conjoint Enfant

Occupation / Profession _____

Pays d'origine _____

(Le pays pour lequel vous détenez un passeport en cours de validité et/ou vers lequel vous souhaiteriez être rapatrié)

Pays de résidence _____

(Le pays dans lequel vous passez/passerez la majorité de votre temps au cours de la période de couverture d'assurance)

Nationalité _____

Informations sur toute assurance santé actuelle nationale ou internationale:

S'il s'agit de l'époux ou l'épouse, indiquez son numéro de sécurité sociale / CFE _____

Veillez indiquer si vous avez souscrit une police d'assurance privée auprès d'un Assureur privé:

Nom de l'assureur _____

Numéro de police _____ Date de début (jj/mm/aa) _____

Ayant droit 2:

M. Mme Mlle Autre _____ Nom _____

Autres initiales _____ Prénom _____

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

Lien de parenté avec l'assuré principal: Conjoint Enfant

Occupation / Profession _____

Pays d'origine _____

(Le pays pour lequel vous détenez un passeport en cours de validité et/ou vers lequel vous souhaiteriez être rapatrié)

Pays de résidence _____

(Le pays dans lequel vous passez/passerez la majorité de votre temps au cours de la période de couverture d'assurance)

Nationalité _____

Informations sur toute assurance santé actuelle nationale ou internationale:

Nom de l'assureur _____

Numéro de police _____ Date de début (jj/mm/aa) _____

Ayant droit 3:

M. Mme Mlle Autre _____ Nom _____

Autres initiales _____ Prénom _____

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

Lien de parenté avec l'assuré principal: Conjoint Enfant

Occupation / Profession _____

Pays d'origine _____
(Le pays pour lequel vous détenez un passeport en cours de validité et vers lequel vous souhaiteriez être rapatrié)
Pays de résidence _____
(Le pays dans lequel vous passez la majorité de votre temps au cours de la période de couverture d'assurance)
Nationalité _____

Informations sur toute assurance santé actuelle nationale ou internationale:

Nom de l'assureur _____
Numéro de police _____ Date de début (jj/mm/aa) _____

Ayant droit 4:

M. Mme Mle Autre _____ Nom _____
Autres initiales _____ Prénom _____
Date de naissance (jj/mm/aa) _____ Sexe : Masculin Féminin
Lien de parenté avec l'assuré principal: Conjoint Enfant
Profession _____
Pays d'origine _____
(Le pays pour lequel vous détenez un passeport en cours de validité et/ou vers lequel vous souhaiteriez être rapatrié)
Pays de résidence _____
(Le pays dans lequel vous passez/passerez la majorité de votre temps au cours de la période de couverture d'assurance)
Nationalité _____

Informations sur toute assurance santé actuelle nationale ou internationale:

Nom de l'assureur _____
Numéro de police _____ Date de début (jj/mm/aa) _____

2. Date de début de la police d'assurance

Veillez indiquer la date à laquelle vous souhaitez commencer votre couverture :

Nota : les inscriptions CFE commencent le premier jour du mois _____ / _____ / **2011**

La couverture est sujette à l'acceptation de votre souscription, ce qui sera confirmée par l'envoi du certificat d'assurance.

3. Détails de votre couverture

Veillez indiquer le type de couverture choisi : 1^{er} €/£/\$ complément Ossom complément CFE *

Le contrat d'assurance Indigo comprend la formule Hospitalisation, une des trois formules Médecine Courante (100%, 90% ou 80%) et la formule dentaire. Elles ne peuvent être vendues séparément. Deux options sont également disponibles en complément des garanties proposées : une option d'Assistance et une option Maternité.

Merci de cocher les formule et option(s) souhaités :

Formule Hospitalisation	Médecine courante	Dentaire	Option Maternité	Option Assistance
Indigo <input checked="" type="checkbox"/>	Indigo 100% <input type="checkbox"/>	Indigo <input checked="" type="checkbox"/>	Maternité <input type="checkbox"/>	Assistance <input type="checkbox"/>
	Indigo 90% <input type="checkbox"/>			
	Indigo 80% <input type="checkbox"/>			

Veillez noter que chaque formule sélectionnée s'appliquera à tous les membres de la police. La formule maternité est disponible uniquement pour les couples et les familles, cela signifie que le conjoint/partenaire doit aussi être couvert par la police d'assurance.

Vous ne pouvez changer de formule qu'au moment du renouvellement de la police. Si vous souhaitez étendre votre niveau de couverture, une souscription médicale complète et des délais de carence pourront s'appliquer, de même un montant de prime supplémentaire sera requis.

Merci d'indiquer la **zone géographique de couverture:**

Mondiale
Mondiale à l'exception des Etats-Unis

4. Informations sur le paiement

Les informations ci-dessous se rapportent uniquement au paiement de la prime de votre couverture Indigo avec Allianz Worldwide Care. Aucun paiement ne doit être effectué avant que vous ayez été informé de votre numéro de police.

4.1 Devise de paiement

Veillez indiquer la devise dans laquelle vous souhaitez effectuer votre paiement : Euros Dollar US Livres Sterling

4.2 Mode et fréquence de paiement

Veillez indiquer le mode et la fréquence de paiement souhaités:

	Annuel	Semestriel	Trimestriel	Mensuel
Carte bancaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chèque	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Non disponible
Virement bancaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Non disponible

4.3 Informations sur le paiement par carte de crédit

Si vous choisissez de payer par carte de crédit, veuillez fournir les informations suivantes:

Type de carte de crédit MasterCard VISA

Numéro de la carte _____

Date d'expiration (mm/aa) _____ / _____

**Code de vérification CVC2/CVV2: il s'agit des trois/quatre derniers chiffres qui figurent au dos de la carte après le numéro de la carte, ou les trois/quatre derniers chiffres figurant dans le cadre de la signature.*

Autorisation de paiement par carte de crédit

J'autorise Allianz Worldwide Care à débiter sur ma carte de crédit la prime de mon assurance santé (dont je serai informé après l'acceptation ou le renouvellement de ma police d'assurance ou bien suite à une demande de ma part affectant ma prime tel que l'ajout d'un ayant droit). Et cela tant que je n'aurai pas annulé cette autorisation par écrit auprès d'Allianz Worldwide Care. Il est entendu que je serai averti de toute modification de la prime dans un délai d'un mois avant sa mise en application.

Nom du titulaire de la carte _____

Signature du titulaire de la carte _____ Date (jj/mm/aa) _____

Informations et frais liés au paiement

- Les paiements sont soumis aux frais administratifs supplémentaires suivants: 3% pour un paiement semestriel, 4% pour un paiement trimestriel, 5% pour un paiement mensuel. Aucun supplément ne s'applique pour un paiement annuel.
- Nos primes sont exprimées en nombres entiers (c'est-à-dire sans centimes, etc.), veuillez alors noter que les pourcentages liés à la fréquence de paiement peuvent être légèrement supérieurs ou inférieurs à ceux communiqués.
- Les paiements par chèque doivent être effectués à l'ordre d'Allianz Worldwide Care, en indiquant au dos du chèque le nom du souscripteur et son numéro de police d'assurance).
- Lors d'un virement bancaire, vous devez préciser le nom du souscripteur et son numéro de police d'assurance.
- Pour les paiements par chèque ou virement bancaire, veuillez vous assurer que les paiements sont reçus en temps voulu pour éviter tout retard dans le traitement des demandes de remboursement.
- Nous acceptons les paiements par carte de crédit uniquement avec MasterCard ou VISA.
- Allianz Worldwide Care décline toute responsabilité en cas de paiement ne précisant pas clairement l'identité du souscripteur.
- Si une taxe sur les primes d'assurance ou autre taxe locale est appliquée, celle-ci sera indiquée et ajoutée sur votre facture / détails de paiement.

5. Pathologies préexistantes.

Une pathologie préexistante est un problème de santé ou problème découlant de ce dernier dont un ou plusieurs symptômes sont apparus au cours des cinq années précédant le début de la couverture, qu'un traitement ou un conseil médical ait été recherché ou non. Un problème de santé ou problème lié, dont vous ou vos ayants droit auriez raisonnablement pu connaître l'existence, sera considéré comme préexistant. Les pathologies préexistantes sont couvertes par la police d'assurance, sauf indication contraire écrite de notre part. Tout problème de santé survenant entre la signature du bulletin d'adhésion et la confirmation de la couverture par notre service de souscription sera également considéré comme préexistant. Il est donc nécessaire que vous nous informiez de tout changement matériel survenant entre le moment où vous nous envoyez votre bulletin d'adhésion et notre acceptation. Dans le présent formulaire et à notre demande, vous êtes dans l'obligation de nous fournir toutes les informations dont nous pourrions avoir besoin.

6. Déclaration de santé

Veillez remplir le questionnaire suivant en vous référant à l'ensemble de votre historique médical, à moins que cela ne soit indiqué autrement. Tous les éléments matériels (éléments permettant à l'assureur d'évaluer le risque et d'accepter la souscription) y compris ceux directement liés aux questions posées, doivent être communiqués à l'assureur. Ne pas les communiquer peut entraîner l'annulation du contrat. En cas de doute, l'élément doit être déclaré.

	Assuré Principal	Ayant droit 1	Ayant droit 2	Ayant droit 3
1. Quel(le) est votre taille / poids ?	_____ cm _____ kg	_____ cm _____ kg	_____ cm _____ kg	_____ cm _____ kg
2. Avez-vous consommé une forme quelconque de tabac au cours des 12 derniers mois ? Type : _____ Consommation quotidienne/quantité : _____	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
3. Combien d'unités d'alcool buvez-vous par semaine ? (1 mesure (4 cl) = 1 unité ; 25 cl de bière = 1 unité ; 1 verre de vin = 1 unité)	_____	_____	_____	_____
4. Souffrez-vous actuellement de maladies, des séquelles d'un accident, d'incapacités physiques ou mentales, de troubles psychiatriques, de problèmes médicaux ou dentaires chroniques ou de longue durée ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
5. Avez-vous déjà souffert de, avez-vous été à l'hôpital à cause de, ou avez-vous déjà reçu un traitement, tests ou examens pour :				
a) Rhumatisme, goutte, arthrose ou maladie des muscles ou des articulations, y compris du dos ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
b) Epilepsie ou autres troubles neurologiques ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
c) Troubles digestifs, y compris troubles de l'estomac et/ou intestinaux ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
d) Anxiété, dépression ou trouble mental ou psychiatrique ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
e) Problèmes gynécologiques ou de stérilité ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
f) Problèmes des reins, de la vessie, du foie/pancréas, y compris le diabète ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
g) Grosseur, kyste, grain de beauté ou cancer ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
h) Problèmes aux yeux, aux oreilles, au nez ou de peau ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
i) Problèmes cardiaques, attaque cardiaque ou augmentation de la tension artérielle/ du cholestérol ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

Veillez indiquer le nom, l'adresse et le numéro de téléphone de votre médecin traitant.

M. M^{me} M^{le} Autre _____ Prénom _____

Nom _____

Adresse _____

Numéro de téléphone _____ (indicatif pays) _____ (indicatif régional) _____

Date de la dernière visite (jj/mm/aa) _____

Merci d'indiquer la date à laquelle vous êtes devenu patient de ce médecin (jj/mm/aa) _____

7. Déclaration dentaire

	Assuré Principal	Ayant droit 1	Ayant droit 2	Ayant droit 3
a) Suivez-vous actuellement ou vous a-t-on conseillé de suivre un traitement ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
b) Vous manque-t-il des dents qui n'auraient pas été remplacées (à l'exception des dents de sagesse)?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Si oui, combien :	_____	_____	_____	_____
c) Avez-vous des prothèses (couronnes, inlays, implants, bridges, plombages etc.) ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Si oui, combien :	_____	_____	_____	_____
d) Souffrez-vous de parodontose?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
e) Avez-vous fait faire des contrôles dentaires réguliers au cours des 5 dernières années?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Si oui, veuillez préciser : La date (jj/mm/aa) : Le résultat :	_____ _____ _____	_____ _____ _____	_____ _____ _____	_____ _____ _____

Si vous avez répondu 'Oui' à la question a), veuillez compléter un questionnaire dentaire, qui peut être téléchargé sur le site internet www.allianzworldwidecare.com

Veillez indiquer le nom, l'adresse et le numéro de téléphone de votre dentiste traitant :

M. M^{me} M^{le} Autre _____ Prénom _____

Nom _____

Adresse _____

Numéro de téléphone _____ (indicatif pays) _____ (indicatif régional) _____

8. Législation sur la protection des données – collecte et utilisation d'informations à caractère personnel

Dans les déclarations présentes, les références aux informations incluent les données et informations à caractère personnel que vous nous avez transmises, que ce soit dans le bulletin d'adhésion, tout formulaire de demande de remboursement et/ou tout autre document complémentaire ou information que nous pourrions recueillir en lien avec un produit ou service que nous proposons. Allianz Worldwide Care, membre du groupe Allianz, est une compagnie d'assurances irlandaise (hors assurance-vie) et sera le responsable du traitement de ces données.

Utilisation : Nous utilisons les informations que vous nous fournissez pour gérer le contrat d'assurance (cela inclut la souscription, l'administration de la police, le traitement des sinistres, la réassurance et la prévention des fraudes).

Données sensibles : Nous devons recueillir des données sensibles vous concernant (telles que des informations médicales) afin d'évaluer les termes de l'assurance que nous émettons/fixons ou pour gérer les sinistres qui surviennent.

Conservation : Nous ne conserverons pas vos données plus longtemps que nécessaire et uniquement pour les finalités pour lesquelles nous les avons obtenues.

Consentement : En nous fournissant ces informations, vous consentez à ce qu'elles soient utilisées, traitées, divulguées et conservées comme indiqué ci-dessus.

Représentation : Par votre signature, vous justifiez et déclarez que vous avez l'autorité pour agir au nom de vos ayants droit en ce qui concerne toutes les informations à caractère personnel que vous nous fournissez, que vous avez l'autorité de vos ayants droit pour divulguer ces informations à caractère personnel pour les finalités mentionnées ci-dessus et que vous consentez au traitement, à la divulgation, à l'utilisation et à la conservation des informations sur vos ayants droit en leur nom. Dans les déclarations présentes, toutes les références à « vous » ou « votre » seront considérées comme comprenant vous et vos ayants droit.

Accès : En accord avec les lois relatives à la protection des données de 1998 et 2003, vous avez le droit de demander à recevoir une copie des données à caractère personnel vous concernant en notre possession. Si vous souhaitez exercer ce droit d'accès, vous devez adresser une requête écrite à l'attention du responsable de la protection des données à l'adresse suivante : Data Protection Officer, Allianz Worldwide Care, 18B Beckett Way, Park West Business Campus, Nangor Road, Dublin 12, Irlande, ou par email à : client.services@allianzworldwidecare.com. En application des lois relatives à la protection des données, vous devrez payer la somme de 6,35 € et le chèque devra être libellé à l'ordre d'Allianz Worldwide Care.

9. Déclaration

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

- a) Je déclare que toutes les informations fournies 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 ce bulletin d'adhésion soit la base du contrat entre Allianz Worldwide Care et moi-même, et je reconnais que toute déclaration fautive, incorrecte ou trompeuse peut rendre cette assurance nulle et non avenue.
- b) Je m'engage à informer immédiatement Allianz Worldwide Care par écrit de tout changement concernant mon état de santé ou celui de mes ayants droit survenant après la signature du bulletin d'adhésion et avant la date de début de ma police.
- c) Je comprends que je peux annuler ma demande par écrit, par courrier, 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 reversée.
- d) Il est de ma responsabilité de vérifier l'exactitude des informations figurant sur le certificat d'assurance. Si elles ne concordent pas avec le bulletin d'adhésion, elles seront considérées comme acceptées dès lors que je ne les aurai pas contestées dans les 30 jours suivant l'émission dudit certificat.
- e) J'autorise Allianz Worldwide Care à contrôler, si nécessaire, les déclarations concernant mon état de santé et à vérifier auprès d'autres assureurs santé toutes les déclarations effectuées pour le compte de contrats antérieurs ou actuels. J'autorise les praticiens, médecins, dentistes, membres de la profession médicale, employés des hôpitaux et des services de santé publique à communiquer mes dossiers médicaux à Allianz Worldwide Care. Cette autorisation vaut également pour mes ayants droit assurés, y compris ceux qui ne sont pas en mesure de comprendre le sens de cette déclaration.
- f) J'accepte le fait que cette police d'assurance sera soumise aux conditions générales standard en vigueur au commencement de la police et détaillées dans les « conditions générales pour contrats individuels ». Je confirme que j'ai bien lu et pris connaissance de toutes les définitions, garanties, exclusions et conditions de la police y compris des informations sur les pathologies préexistantes.
- g) J'autorise la diffusion des informations administratives et médicales me concernant entre Allianz Worldwide Care, la CFE et A&C Moncey. J'autorise également Allianz Worldwide Care à recevoir pour mon compte les décomptes du remboursement CFE et à percevoir directement de la CFE, le remboursement des frais d'hospitalisation pour lesquels j'ai bénéficié du tiers payant.

En tant qu'assuré principal, je signe cette déclaration et ce bulletin d'adhésion pour le compte de et au nom de toutes les personnes incluses dans ce formulaire.

Signature de l'assuré principal

Date(jj/mm/aa)

Merci de retourner votre formulaire dûment complété par:

Email : contact@aoc-insurancebroker.com
(après avoir numérisé le document)

Courrier postal à AOC Insurance Broker,
60 rue de Strasbourg - 92400 Courbevoie, France

Fax: +33 (0)1 49 97 80 38 - Website : www.aoc-insurancebroker.com



Ceci est une traduction française du document en anglais « International Healthcare Plans - France and Benelux – Application Form ». La version en anglais de ce document est la version originale et officielle. Si des différences existent entre cette traduction et la version anglaise, veuillez noter que la version anglaise est la version légalement engageante et officielle. Allianz Worldwide Care Limited, filiale du groupe Allianz, est enregistrée en Irlande et régie par la Banque Centrale d'Irlande. Siège social: 18B Beckett Way, Park West Business Campus, Nangor Road, Dublin 12, Irlande. No. : 310852.