

Bulletin d'adhésion



Veillez compléter ce formulaire en LETTRES CAPITALES et cocher les cases qui conviennent pour demander votre souscription à l'une de nos couvertures Indigo Expat pour particuliers.

Si vous ajoutez un nouvel ayant droit, 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 _____ Nom _____
Autres initiales _____ Prénom _____

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

Pays d'origine _____
Nationalité _____

Pays de résidence _____

Adresse dans le pays de résidence (obligatoire) _____

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

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

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

Adresse email (obligatoire – en lettres capitales) _____

Profession (obligatoire – si vous êtes étudiant, veuillez nous l'indiquer) _____

Langue dans laquelle vous souhaitez recevoir la documentation : Français Anglais Allemand

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

Nom _____

Adresse _____

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

Téléphone portable _____ (indicatif pays) _____ (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 Expat 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 (obligatoire – si vous êtes étudiant, veuillez nous l'indiquer) _____

Pays d'origine _____

Pays de résidence _____

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 (obligatoire – si vous êtes étudiant, veuillez nous l'indiquer) _____

Pays d'origine _____

Pays de résidence _____

Nationalité _____

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 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 (obligatoire – si vous êtes étudiant, veuillez nous l'indiquer) _____

Pays d'origine _____
Pays de résidence _____
Nationalité _____

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 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

Occupation (obligatoire – si vous êtes étudiant, veuillez nous l'indiquer) _____

Pays d'origine _____

Pays de résidence _____

Nationalité _____

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) _____

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 _____ / _____ / **2012**

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 CFE Complément Ossom

Le contrat d'assurance Indigo Expat 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 noter que ces plans ne peuvent être souscrits que par des individuels expatriés qui résident en France, Benelux, Monaco ou qui expatriés et ressortissants de France, Benelux, Monaco ou Suisse

Merci de cocher la Formule Médecine courante et la ou les option(s) souhaitées :

Formule Hospitalisation	Médecine courante	Dentaire	Option Maternité	Option Assistance
Indigo Expat <input checked="" type="checkbox"/>	Indigo Expat 100% <input type="checkbox"/>	Indigo Expat <input checked="" type="checkbox"/>	Maternité <input type="checkbox"/>	Assistance <input type="checkbox"/>
	Indigo Expat 90% <input type="checkbox"/>			
	Indigo Expat 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 Expat. Aucun paiement ne doit être effectué avant que vous ayez été informé de votre numéro de police.

4.1 Devise de paiement

Veuillez indiquer la devise dans laquelle vous souhaitez effectuer votre paiement :

EURO

USD

GBP

4.2 Mode et fréquence de paiement

Veuillez 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 compléter la dernière page de ce formulaire. Pour des raisons réglementaires, une fois que les informations de la carte de crédit sont enregistrées dans le système d'Allianz worldwide Care, la dernière page sera détachée du formulaire et détruite.

Informations et frais liés au paiement

- Les paiements sont soumis aux frais administratifs supplémentaires suivants: 0% pour un paiement annuel, 3% pour un paiement semestriel, 4% pour un paiement trimestriel, 5% pour un paiement mensuel.
- 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.
- 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 / vos 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 auraient 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 et ne sera pas couvert en cas de non déclaration. 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.

Ce formulaire doit être rempli complètement et précisément et toutes les informations pertinentes doivent être déclarées ; ceci est une condition préalable à la couverture.

6. Déclaration de santé

Veillez remplir le questionnaire suivant en vous référant à l'ensemble de votre historique médical. **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. La déclaration de santé a une durée maximum de validité de 2 mois.

	Assuré Principal	Ayant droit 1	Ayant droit 2	Ayant droit 3	Ayant droit 4
1. Quel(le) est votre taille / poids ?	_____ cm	_____ cm	_____ cm	_____ cm	_____ cm
	_____ kg	_____ kg	_____ kg	_____ kg	_____ kg
2. Avez-vous consommé une forme quelconque de tabac au cours des 12 derniers mois ?	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"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Si oui, veuillez indiquer la consommation quotidienne :	_____	_____	_____	_____	_____
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 ; si aucune, veuillez écrire 0)	_____	_____	_____	_____	_____
4. 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, paralysie, troubles musculaires ou squelettiques, ou troubles du cou ou 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"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
b) Epilepsie ou autres troubles neurologiques (par exemple : migraine, sclérose en plaque, lésion d'un nerf) ?	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"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
c) Troubles digestifs, y compris troubles de l'œsophage, de l'estomac, du foie, du colon 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"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
d) Anxiété, dépression, syndrome de fatigue chronique, trouble psychologique ou psychiatrique, ou autre trouble mental ?	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"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
e) Problèmes de reproduction, gynécologiques ou gynitaux ?	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"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
f) Problèmes des reins, urinaires, de la vésicule biliaire, du 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"/>	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"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
h) Problèmes aux yeux, aux oreilles, à la thyroïde, au nez ou de peau (par exemple : acné, eczéma, dermatite) ?	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"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Si vous portez des lunettes, veuillez indiquer :					
- Condition	_____	_____	_____	_____	_____
- Nombre de dioptries par œil	_____	_____	_____	_____	_____
i) Problèmes ou pathologies cardiaques, souffles, douleur thoracique, attaque cardiaque, hémorragies, caillots, pathologies du sang, augmentation anormale 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"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
j) Asthme, bronchite chronique ou tout autre problème respiratoire (par exemple : rhinite, sinusite, allergie) ?	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"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
k) Abus d'alcool, usage impropre de médicaments ou consommation de stupéfiants ?	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"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

l) Toute autre maladie ou blessure nécessitant une attention médicale (sauf rhumes et gripes) qui ne sont pas indiqués ci-dessus?

Oui Non Oui Non Oui Non Oui Non Oui Non

5. Souffrez-vous actuellement de désordres, blessures, maladies ou autres pathologies non mentionnées ci-dessus, ou vous a-t-on conseillé de consulter un médecin ou de suivre un traitement, ou avez-vous été renvoyé pour des tests dus à un accident, blessures, maladies ou autres pathologies non mentionnées ci-dessus, ou attendez vous les résultats des tests ?

Oui Non Oui Non Oui Non Oui Non Oui Non

6. Consommez vous actuellement des médicaments (y compris les médicaments en vente libre) sur une base régulière

Oui Non Oui Non Oui Non Oui Non Oui Non

7. Avez-vous déjà été positif pour le HIV, l'hépatite B ou C, ou attendez vous les résultats d'un tel test ?

Oui Non Oui Non Oui Non Oui Non Oui Non

Si le résultat est négatif, le fait d'avoir subi un test HIV en lui-même n'aura pas d'influence sur les termes de votre affiliation.

8. Avez-vous déjà souffert de, ou été hospitalisé pour une maladie ou un accident qui aurait eu comme conséquence un traitement de quelque type ou un arrêt maladie de plus de 14 jours ?

Oui Non Oui Non Oui Non Oui Non Oui Non

9. Etes-vous enceinte ?

Oui Non Oui Non Oui Non Oui Non Oui Non

Si oui, précisez la date d'accouchement prévue :

jj/mm/aa jj/mm/aa jj/mm/aa jj/mm/aa jj/mm/aa

10. Est-ce que l'un de vos parents, frères ou sœurs (y compris ceux décédés) aurait souffert, avant l'âge de 65 ans, de diabète, problèmes cardiaques, tension artérielle élevée, taux de cholestérol élevé, cancer, troubles rénaux, polypose du colon, maladie de Charcot, ou tout autre pathologie héréditaire telles que Alzheimer, Parkinson ou dystropie musculaire ?

Oui Non Oui Non Oui Non Oui Non Oui Non

Si oui, veuillez indiquer :

- le parent qui a souffert de la pathologie
- l'âge au diagnostic,
- la pathologie dont il/elle a souffert

11. Avez-vous fait un test de dépistage du cancer ou des bilans de santé généraux au cours des cinq dernières années ?

Oui Non Oui Non Oui Non Oui Non Oui Non

Information complémentaire pour les réponses « Oui »

Si vous avez répondu 'Oui' aux questions 4, 5, 6, 7, 8, 10 et 11, veuillez fournir davantage de détails dans le tableau ci-dessous. Veuillez indiquer si un rétablissement complet a été fait et s'il ya des maladies ou pathologies liées à ou découlant du diagnostic initial.

Veuillez joindre les documents médicaux justificatifs et les résultats des test, si possible.

Nom	N° de la question	Diagnostic	Date de la manifestation	La fréquence et la gravité des symptômes	Date de la dernière crise	Résultats des test	Traitements (passés / actuels) ou rétablissement

suite

Nom	N° de la question	Diagnostic	Date de la manifestation	La fréquence et la gravité des symptômes	Date de la dernière crise	Résultats des test	Traitements (passés / actuels) ou rétablissement

S'il n'y a pas suffisamment de place pour toutes les informations, veuillez utiliser un autre bulletin d'adhésion.

Informations complémentaires

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

M. M^{me} Mlle 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	Ayant droit 4
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"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
b) Vous manque-t-il des dents qui n'auraient pas été remplacées ou avez-vous des prothèses (couronnes, inlays, implants, bridges, plombages) ?	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"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Si oui, veuillez indiquer le type et la quantité, y compris le nombre de dents avec un bridge	_____	_____	_____	_____	_____
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"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

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/members

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 cette demande est valable deux mois à compter de la date d'achèvement et de la signature de ce formulaire,
- d) 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.
- e) 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.
- f) 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.
- g) 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.
- h) 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 _____

Nom de l'assuré principal en lettres capitales _____

Date (jj/mm/aa) _____

10. Agent

En tant qu'assuré principal, j'autorise (indiquer le nom de l'agent) _____ à agir au nom de toutes les personnes nommées dans ce formulaire pour l'administration de la police, y compris la gestion de la déclaration des informations médicales confidentielles. Et cela tant que je n'aurai pas annulé cette autorisation par écrit auprès d'Allianz Worldwide Care.

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 _____

Nom de l'assuré principal en lettres capitales _____

Date (jj/mm/aa) _____

Païement 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) _____ / _____

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) _____

Merci de retourner votre formulaire dûment complété par:

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

Fax +33 (0)1 49 97 80 38

Email contact@aoc-insurancebroker.com

après avoir numérisé le document

Website www.aoc-insurancebroker.com

Nom de votre Assureur Conseil



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.