

Encadré réservé à l'entreprise – Coordonnées et tampon du courtier

Courtier :	Numéro de fax :
	Email :
Personne à contacter :	Timbre officiel :
Numéro de téléphone :	

Merci de compléter ce formulaire en MAJUSCULES ou de souscrire en ligne sur **Notre** site www.now-health.com.

Une fausse déclaration de **Votre** part, volontaire ou involontaire, peut conduire à la résiliation de **Votre Contrat** sans remboursement de la prime. En cas de fausse déclaration par négligence, **Nous** pourrions annuler **Votre Contrat**, refuser ou réduire **Votre** droit à indemnisation. Une fausse déclaration est un fait erroné sur lequel une partie s'appuie, dans ce cas précis **Nous**, pour établir les termes du **Contrat (Votre Contrat)**. **Vous** devez **Vous** assurer de compléter **Votre** formulaire soigneusement, de façon correcte et honnête. Si **Vous** avez le moindre doute, merci de **Nous** contacter.

Nous Vous remercions de conserver une copie des informations que **Vous Nous** transmettez dans le cadre de cette demande d'adhésion.

Nous Vous remercions d'inclure à **Votre** demande d'adhésion tout rapport médical et résultat d'examen à **Notre** disposition. **Nous** pourrions **Vous** demander de remplir un questionnaire médical complémentaire si davantage d'informations sont nécessaires à **Notre** prise de décision. Toute information fournie est traitée avec la plus grande confidentialité.

Notre décision d'accepter, refuser ou d'appliquer des conditions particulières à **Votre** couverture est basée sur les informations que **Vous Nous** fournissez dans ce formulaire. Les conditions particulières sont les exclusions ou termes pouvant s'appliquer à **Votre** couverture. Si **Vous** soumettez une demande de remboursement pour le **Traitement** d'une pathologie dont **Vous** avez omis de **Nous** parler, ou si **Vous** avez omis de donner tous les détails concernant une pathologie, **Nous Nous** réservons le droit de refuser de prendre en charge **Votre** demande. **Nous** conservons également le droit d'annuler **Votre Contrat**, ou d'imposer des conditions particulières qui s'appliqueront rétrospectivement. **Nous Vous** remercions de remplir ce formulaire avec le plus grand soin afin de fournir des informations complètes et correctes.

Nous nous réservons le droit de refuser ou d'accepter **Votre** demande ou d'accepter **Votre** formulaire d'adhésion avec des conditions particulières.

Si, après avoir complété ce formulaire et avant la réception de **Nos** conditions d'acceptation, le paiement de la prime, la date d'effet ou d'entrée au contrat, l'événement le plus tardif étant retenu, des circonstances viennent modifier les informations que **Vous** avez fournies dans ce formulaire, telles qu'une modification de **Votre** état de santé ou de l'état de santé de **Vos Ayants droit**, **Vous** devez nous informer d'un tel changement par écrit.

Merci de **Nous** envoyer **Votre** formulaire dûment rempli par le biais de **Votre** courtier ou directement à Now Health International Services (Europe) Limited, Dragonara Business Centre 5th Floor, Dragonara Road, St Julian's, STJ 3141, Malta. **Vous** pouvez également **Nous** envoyer une copie scannée par e-mail à EuropeSales@now-health.com.

Section 1 : Nom du Titulaire du Contrat

Prénom(s) :	Nom de famille :
Comment souhaitez- Vous être appelé ?	

*(Si **Votre** nom complet est John Andrew Smith, **Vous** souhaitez peut-être être appelé John, M. Smith ou Andy. Toute correspondance vous sera adressée ainsi.)*

Section 2 : Informations sur le Titulaire du Contrat

Adresse :	
Email :	
Numéro de téléphone de préférence (indiquez l'indicatif pays) :	
Il s'agit de Votre téléphone	Mobile <input type="checkbox"/> Domicile <input type="checkbox"/> Professionnel <input type="checkbox"/>
<i>Si Vous souhaitez recevoir des notifications par SMS, merci d'indiquer votre numéro de mobile :</i>	
Sexe	Masculin <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/>
Date de naissance (jj/mm/aaaa) :	/ /
Pays de Résidence :	Nationalité :
Taille (cm/ft) :	Poids (kg/lbs) :
Profession :	Secteur d'activité :
Est-ce que Vous ou tout autre membre visé de ce contrat, ou un membre de la famille ou un proche collaborateur d'une personne politiquement exposée ? (Si oui, veuillez fournir plus de détails)	
Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	

Section 3 : Informations sur Votre conjoint et Vos Ayants droit

Information sur Votre conjoint

Prénom(s) :

Nom de famille :

Comment souhaite-t-il/elle être appelé(e) ?

Sexe : Masculin Féminin

Date de naissance (jj/mm/aaaa) : / /

Pays de Résidence :

Nationalité :

Taille (cm/ft) :

Poids (kg/lbs) :

Profession :

Secteur d'activité :

Est-ce que **Vous** ou tout autre membre visé de ce contrat, ou un membre de la famille ou un proche collaborateur d'une personne politiquement exposée ? (Si oui, veuillez fournir plus de détails)

Oui Non

Informations sur Vos Ayants droit	Ayants droit 1	Ayants droit 2	Ayants droit 3	Ayants droit 4
Prénom(s) :				
Nom de famille :				
Comment souhaitent-t-ils être appelés ?				
Sexe :	Masculin <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/>	Masculin <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/>	Masculin <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/>	Masculin <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/>
Date de naissance (jj/mm/aaaa) :	/ /	/ /	/ /	/ /
Pays de Résidence :				
Nationalité :				
Taille (cm/ft) :				
Poids (kg/lbs) :				
Lien avec le Titulaire du Contrat :				
Profession (pour les + de 16 ans) :				

Section 4 : Date d'effet

Veuillez indiquer la date à laquelle **Vous** souhaitez que **Votre Contrat** Now Health International commence (jj/mm/aaaa) : / /

La couverture débute uniquement une fois que **Nos** termes et conditions soient acceptés par **Vous**, suite à notre étude de ce formulaire d'adhésion et une fois la prime reçue. **Vous** pouvez soumettre une demande d'adhésion à effet ultérieur (jusqu'à 60 jours suivant le remplissage de ce formulaire).

Section 5 : Notre politique environnementale - L'envoi de Vos documents contractuels

- **Vous** pouvez utiliser **Votre** espace client sécurisé en ligne pour visionner et télécharger des documents de **Votre Contrat**, notamment **Votre** Certificat d'Assurance
- **Vous** pouvez utiliser **Votre** espace client sécurisé en ligne pour télécharger **Votre** carte d'adhérent virtuelle
- Ajouter **Votre** carte d'adhérent au portefeuille de **Votre** smartphone

Section 6 : Les différentes formules

Pour de plus amples informations sur les **Contrats** disponibles, merci de vous référer au **Tableau des Garanties** WorldCare. Veuillez indiquer le **Plan** choisi, la **Franchise Annuelle** et les options additionnelles souhaitées.

Choix du plan

Prestations	Essential	Advance	Excel	Apex
Limite annuelle maximale	USD 3m/ EUR 2.4m/GBP 1.9m	USD 3.5m/ EUR 2.8m/GBP 2.2m	USD 4m/ EUR 3.2m/GBP 2.5m	USD 4.5m/ EUR 3.6m/GBP 2.8m
Hospitalisation et Soins de Jour	▶	▶	▶	▶
Greffe d'Organe	▶	▶	▶	▶
Traitement contre le Cancer	▶	▶	▶	▶
Pathologies médicales aiguës survenant durant la Grossesse et à l'accouchement	▶	▶	▶	▶
Evacuation et Rapatriement	▶	▶	▶	▶
Intervention en Soins de Jour ou anirurgie Ambulatoire	▶	▶	▶	▶
Honoraires de Medecin pour les SDins Ambulatoires	▶	▶	▶	▶
Reeducation	▶	▶	▶	▶
Trouble Congénital	▶	▶	▶	▶
Couverture des Pathologies Chroniques	▶	▶	▶	▶
Soins dentaires courants et complexes	▶	▶	▶	▶
Couverture Maternite	▶	▶	▶	▶
Choisissez s'il vous plaît	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

▶ Remboursement intégral
 ▶ Non couvert
 ▶ couverture limitée

Choisissez la devise du contrat	USD <input type="checkbox"/>	EUR <input type="checkbox"/>	GBP <input type="checkbox"/>
---------------------------------	------------------------------	------------------------------	------------------------------

Franchise Annuelle

Si **Vous** souhaitez changer d'une **Franchise Annuelle** standard à l'une de nos autres options, veuillez cocher la case correspondante. Merci de noter que la **Franchise Annuelle** s'applique aux **Hospitalisations** et **Soins de Jour**, par **Assuré**, par **Période de Couverture**.

Si **Vous** choisissez une **Franchise Annuelle** optionnelle sur les formules WorldCare Advance, WorldCare Excel ou WorldCare Apex, **Vous** devez également sélectionner l'une des options suivantes : la **Participation aux Soins Ambulatoires** ou la **Franchise par Visite Ambulatoire**. Sur la formule WorldCare Essential, si **Vous** choisissez une **Franchise Annuelle** optionnelle et l'option **Soins Ambulatoires**, **Vous** devez également sélectionner une des options de **Participation aux Soins Ambulatoires**.

	Essential	Advance	Excel	Apex
Franchise Annuelle standard	zéro	zéro	zéro	zéro
Franchise Annuelle en option				
USD 1,000/EUR 800/GBP 625	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
USD 2,500/EUR 2,000/GBP 1,550	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
USD 5,000/EUR 4,000/GBP 3,125	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
USD 10,000/EUR 8,000/GBP 6,250	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
USD 15,000/EUR 12,000/GBP 9,375	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Franchise par Visite Ambulatoire en option				
USD 25/EUR 20/GBP 15	N/A	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
USD 15/EUR 12/GBP 10	N/A	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Options additionnelles

	Essential	Advance	Excel	Apex
Traitement électif aux Etats-Unis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Participation aux Soins Ambulatoires de 10%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Participation aux Soins Ambulatoires de 20%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soins Ambulatoires	<input type="checkbox"/>	N/A	N/A	N/A
Soins Ambulatoires – Option 2	<input type="checkbox"/>	N/A	N/A	N/A
Évacuation et Rapatriement – Protection étendue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bien-être, Optique et Vaccinations	N/A	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bien-être, Optique et Vaccinations – Option 2	N/A	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

* Sur WorldCare Essential, la **Participation aux Soins Ambulatoires** ne peut être sélectionnée qu'à la condition d'opter pour l'option **Soins Ambulatoires**.

Section 7 : Mode et fréquence des paiements

Merci de noter que **Votre** prime à payer est basée sur une estimation; le montant final dû peut varier après **Notre** examen de la présente souscription. La couverture ne peut commencer que lorsque **Vous** avez accepté et payé la prime due. Merci de cocher la fréquence et le mode de paiement souhaités. Un supplément de 3% sur la prime est facturé pour les paiements trimestriels et un supplément de 5% sur la prime pour les paiements mensuels.

	Annuel	Semestriel	Trimestriel	Mensuel
Carte bancaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Virement bancaire	<input type="checkbox"/>	N/A	N/A	N/A
Apple Pay/Google Pay	<input type="checkbox"/>	N/A	N/A	N/A

Carte bancaire : Nous acceptons les Visa, MasterCard et American Express, veuillez payer via le lien de paiement que **Notre** équipe du Service Clientèle enverra à **Votre** adresse e-mail. Si **Vous** n'avez pas reçu ce lien de paiement, veuillez appeler **Notre** équipe au +356 2260 5110. L'émetteur de **Votre** carte peut facturer des frais de conversion ou de transaction supplémentaires pour traiter ce paiement.

Virement bancaire : Veuillez utiliser les coordonnées bancaires appropriées pour la devise de **Votre Plan**. Veuillez indiquer **Votre** numéro de **Plan** dans les détails du transfert comme référence.

Apple Pay/Google Pay : Nous acceptons Apple Pay ou Google Pay pour le paiement de la prime annuelle.

	Compte en dollars	Compte en euros	Compte en livres
Banque	Citibank	Citibank	Citibank
Nom du compte	Now Health International Services (Europe) Limited	Now Health International Services (Europe) Limited	Now Health International Services (Europe) Limited
Adresse	Citibank, 1 North Wall Quay, Dublin 1, Ireland	Citibank, 1 North Wall Quay, Dublin 1, Ireland	Citibank, 1 North Wall Quay, Dublin 1, Ireland
Numéro de compte	33494416	33494343	33494386
Code BIC	990051	990051	990051
Code swift	CITIE2X	CITIE2X	CITIE2X
IBAN	IE46CITI99005133494416	IE77CITI99005133494343	IE80CITI99005133494386

Section 8 : Modalités de remboursement

Veuillez indiquer la méthode de remboursement souhaitée. Le paiement par virement bancaire est le moyen le plus sûr et rapide.

Virement bancaire

Pour les virements bancaires

Nom du titulaire du compte :	Pays :
Nom de la banque :	
Adresse de la banque :	
IBAN ou numéro de compte :	
Code BIC/swift :	

Section 9 : Détails en matière d'assurance

9.1 Etes-**Vous** actuellement assuré par un contrat santé par une autre compagnie d'assurance ? Oui Non

Dans l'affirmative, merci de préciser :

9.2 Avez-**Vous** l'intention de maintenir le contrat existant ? Oui Non

9.3 Avez-**Vous** déjà été assuré avec Now Health International ? Oui Non

Dans l'affirmative, veuillez indiquer les dates d'assurance et le numéro du contrat.

9.4 Un contrat assurance médicale **Vous** a-t-il déjà été refusé ou accordé avec application de conditions particulières ? Oui Non

Dans l'affirmative, merci de préciser :

Section 10 : Déclaration médicale

Si **Vous** avez plus de 5 **Ayants droit**, merci d'utiliser une feuille de papier supplémentaire et joignez-la au formulaire.

Vous n'avez pas à déclarer les affections/soins tels que les gripes, **Vaccinations**, rhumes des Foins.

	Preneur d'assurance	Ayant droit (épouse)	Ayant droit 1	Ayant droit 2	Ayant droit 3	Ayant droit 4
10.1 Au cours des 5 dernières années, avez- Vous subi des Interventions Chirurgicales , étiez patient ou admis à l'Hôpital , en clinique, sanatorium, maisons de repos ou autre établissement médical engendrant un arrêt de travail de plus d'une semaine, et/ou suivi un Traitement pour plus de 10 jours ?	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"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
10.2 Suivez- Vous actuellement un traitement médical (autre que la contraception orale), des Traitements ou test sont-ils actuellement administrés/réalisés ou prévus, des Hospitalisations ou Soins de Jour sont-ils programmés ?	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"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

Avez-**Vous** déjà reçu un **Traitement**, réalisé des tests ou examens, avez vous été atteint de, admis à l'hôpital, ou eu un des symptômes suivants :

10.3 Asthme, bronchite, tuberculose, pneumonie ou toutes autres maladies respiratoires ?	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"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
10.4 Anxiété, dépression, trouble psychologique ou psychiatrique, maladie mentale, addiction/abus de stupéfiants ou d'alcool ?	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"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
10.5 Maladies du sang, anémie, hémophilie, thalassémie ou tests sanguins anormaux ? Avez- Vous déjà été testé positif au VIH, Hépatite B ou C ?	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"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
10.6 Cancer , kyste, polype, ou grosseur anormale qu'elle soit cancéreuse ou bénigne ?	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"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
10.7 Trouble digestif y compris les troubles de l'estomac, du côlon, du rectum, hernie ou tout autre problème intestinal ?	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"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
10.8 Problèmes de reins, de la rate, du foie, pancréas, vessie, prostate, problèmes rénaux ou urinaires récurrents ?	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"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
10.9 Diabète, maladies thyroïdiennes ou problèmes de gestion du poids ?	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"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
10.10 Epilepsie, sclérose en plaques 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"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
10.11 Hypertension artérielle, troubles cardiaques ou circulatoires, AVC ou taux de cholestérol supérieur à la normale ?	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"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
10.12 Problèmes de genou, de dos, maladie de peau, rhumatismes, goutte, arthrite ou maladie osseuse, de la colonne, des articulations, des muscles ?	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"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
10.13 Tout type de maladie, handicap physique, trouble congénital ou héréditaire, invalidité, maladie récurrente, blessure importante ou toute autre Pathologie Médicale non mentionnée précédemment ?	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"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
10.14 Avez- Vous déjà souffert d'affections mammaires ou gynécologiques ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/>

Informations complémentaires

Si **Vous** avez répondu « oui » à l'une des questions 10,1 à 10,14, veuillez fournir les détails dans la case ci-dessous.

Veuillez fournir autant de détails que possible, y compris la date et la nature du diagnostic, la fréquence et la sévérité des symptômes, la date du dernier épisode ainsi que les détails de tout **Traitement** futur passé, actuel ou connu.

Nom de l'adhérent	Diagnostic (S'il n'y en a pas, veuillez décrire la nature exacte des symptômes)	Date de consultation	Traitement / Médicament Reçu	Date du dernier traitement / symptôme	Toute cause sous-jacente	Emplacement spécifique sur le corps, y compris à gauche ou à droite	Résultats (p. ex. rémission complète ou en cours, probabilité de rechute) ou pour les frottis, fréquence (chaque année, semestre)

Section 11 : Coordonnées de Votre Médecin

Veuillez **Nous** fournir les coordonnées de **Votre** médecin généraliste ou celui connaissant le mieux **Votre** dossier médical.

Coordonnées de Votre Médecin

Nom :

Numéro de téléphone :

Adresse :

Date de la dernière consultation et motif :

Section 12 : Remarques importantes

Les devis ont une validité de 30 jours sous réserve que les informations ci-dessus restent inchangées et que les devis soient délivrés en accord avec les termes, conditions et exclusions des **Contrats** Now Health International.

La prime tarifée est calculée en fonction de l'âge de chacun des assurés à la date du devis. Les primes peuvent varier si l'âge d'une des personnes assurées augmente avant la **Date d'effet** de **Votre** Contrat Now Health International. La couverture débute uniquement une fois que **Nos** termes et conditions soient acceptés par **Vous**, suite à notre étude de ce formulaire d'adhésion et une fois la prime reçue.

Les primes indiquées sont basées sur un indice de masse corporelle dans la norme.

Protection des données

Nous et les **Souscripteurs** recueillerons certaines informations **Vous** concernant au cours de l'examen de **Votre** formulaire pour devenir adhérent en vertu de **Votre Contrat** et, si elle est approuvée, la conduite de notre relation continue avec **Vous**. Ces informations seront traitées dans le but de respecter **Nos** obligations légales et réglementaires, d'approuver **Votre** demande et, le cas échéant, d'administrer **Votre** couverture d'adhésion et les réclamations que **Vous** faites en vertu de **Votre Contrat**.

Les informations que **Nous** recueillons à **Votre** sujet comprennent des détails tels que **Votre** nom et votre adresse, ainsi que des détails plus sensibles tels que des informations sur **Votre** santé.

La façon dont **Votre** couverture sous le **Contrat** fonctionne signifie que **Vos** informations peuvent être partagées et utilisées par un certain nombre de tierces parties, y compris les **Souscripteurs**, les **Médecins**, les Sociétés d'Assistance Médicale et les Administrateurs de remboursement – mais uniquement en lien avec la couverture de **Votre** adhésion dans le cadre du **Contrat**.

Les informations d'autres personnes que **Vous** **Nous** fournissez

Votre adhésion à **Votre Contrat** peut **Vous** couvrir ainsi que les membres de **Votre** famille. Lorsque **Vous** **Nous** fournissez des informations sur les membres de **Votre** famille, comme **Votre** conjoint, **Vous** devez informer chacun d'eux que **Vous** nous donnez leurs informations personnelles en relation avec **Votre** couverture d'adhésion et que leurs informations seront traitées de la manière et aux fins décrites dans la présente notice de protection des données. Lorsque **Vous** fournissez des informations sur les membres de la famille, **Nous** prendrons votre initiative comme une confirmation que **Vous** avez leur consentement de pouvoir le faire.

Marketing

Nous aimerions également utiliser **Vos** coordonnées afin de **Vous** tenir informés des autres produits et services dont **Nous** pensons que **Vous** pourriez être intéressé.

Nous avons besoin de **Votre** consentement pour pouvoir utiliser **Vos** coordonnées à cette fin. **Vous** n'avez pas à donner **Votre** consentement et **Vous** pouvez retirer **Votre** consentement à tout moment.

Consentez-**Vous** à l'utilisation de **Vos** coordonnées dans le but de **Vous** contacter par e-mail, par téléphone ou par courrier à propos d'autres produits et services dont **Nous** pensons que **Vous** pourriez être intéressé ? Si **Vous** consentez, veuillez cocher cette case .

Souhaitez-vous plus de détails ?

Pour plus d'informations sur la façon dont **Nous** utilisons **Vos** informations personnelles, veuillez consulter le texte complet de **Notre** déclaration de confidentialité, dont une copie est disponible en ligne à www.now-health.com ou sur demande.

Nous contacter et **Vos** droits

Vous avez des droits en ce qui concerne les informations que **Nous** détenons à **Votre** sujet, y compris le droit d'accéder à **Vos** informations. Veuillez **Nous** contacter à hello@now-health.com si **Vous** souhaitez exercer **Vos** droits, discuter de la façon dont **Nous** utilisons **Vos** informations ou demandez une copie du texte complet de **Notre** déclaration de confidentialité.

Loi sur l'Accès aux rapports médicaux de 1988

Il peut être nécessaire d'obtenir un rapport médical de **Votre Médecin Traitant** en rapport avec **Votre** formulaire d'adhésion dans le cadre de **Votre Contrat**. Si **Nous** devons le faire, cette loi **Vous** donne des droits spécifiques et elles sont énoncées ci-dessous. Si **Vous** le souhaitez :

1. **Vous** pouvez refuser de donner **Votre** consentement, mais dans ce cas, **Nous** serions incapables de traiter **Votre** demande.
2. **Vous** pouvez demander à voir le rapport avant qu'il ne nous soit envoyé. Si **Vous** donnez **Votre** consentement, **Nous** pourrions directement contacter **Votre** médecin pour obtenir un rapport. Si **Vous** souhaitez le voir, supprimez le mot « NON » dans la déclaration et **Nous** informerons le médecin en conséquence. Alors le docteur ne **Nous** l'enverra pas jusqu'à ce que :
 - (i) **Vous** ayez vu et approuvé le rapport ; ou
 - (ii) 21 jours se soient écoulés depuis que **Nous** avons demandé le rapport et le docteur n'ait pas eu de **Vos** nouvelles.

Remarque importante : Plus tôt nous recevons le rapport, plus vite nous pouvons traiter votre demande d'adhésion.

3. Après avoir vu le rapport, **Vous** pouvez annuler **Votre** consentement – encore une fois cela peut affecter **Notre** capacité à traiter **Votre** demande.
4. **Vous** pouvez demander au docteur de changer le rapport si **Vous** n'êtes pas d'accord ce qu'il contient. Si il ou elle refuse, **Vous** pouvez lui demander de joindre un énoncé de **Vos** vues au rapport.
5. **Vous** pouvez également demander au médecin de **Vous** montrer tous les rapports que **Vous** **Nous** avez fournis au cours des six derniers mois (le cas échéant).

Remarque importante : Votre médecin a le droit de vous facturer pour la fourniture d'une copie du rapport (pour couvrir le coût). Ce n'est pas couvert par Votre Contrat.

Votre médecin peut refuser de **Vous** laisser consulter **Votre** rapport si il ou elle estime qu'il sera gravement dommageable à **Votre** santé physique ou mentale, ou il indiquera les intentions du médecin en ce qui **Vous** concerne, ou il peut révéler l'identité d'une autre personne qui a fourni des informations à **Votre** sujet, qui ne serait pas un professionnel de la santé, mais impliqué dans **Vos** soins. Dans ce cas, **Vous** aurez le droit de voir le reste du rapport. Si cela affecte l'intégralité du rapport, **Votre** médecin doit obtenir **Votre** consentement avant qu'il ou elle **Nous** l'envoie.

Section 13 : Déclaration et autorisation

Par la présente je demande l'adhésion de toutes les personnes nommées précédemment dans ce formulaire au **Contrat** Now Health International.

J'ai reçu et pris connaissance du **Tableau des garanties**, Termes et Conditions, Définitions, **Garanties** et Exclusions de ce **Contrat**. Je comprends que le Formulaire d'adhésion, **Certificat d'Assurance**, **Tableau des Garanties** et le Guide Client incorporant les termes et conditions du **Contrat** forment et font partie du **Contrat**.

- Je déclare que les informations contenues dans ce formulaire sont vraies et que les déclarations pour chacune des personnes incluses dans ce formulaire sont complètes, même si certaines des informations fournies ne sont pas rédigées de ma main. Je comprends qu'il est illégal pour moi ou mes **Ayants Droit** de fournir volontairement des informations fausses, incomplètes ou des faits ou informations trompeuses à Now Health International avec l'intention de réaliser une fraude ou tentative de fraude envers Now Health International. Les sanctions prévues peuvent inclure des amendes, le refus de la couverture, la perte des primes, la perte des **Garanties** et des poursuites en dommages et intérêts.
- Je comprends que je dois informer Now Health International Services (Europe) Limited de tout changement dans les faits rapportés dans ce formulaire, tel qu'un changement de l'état de santé des personnes nommées dans ce dernier, survenant avant la réception de **Nos** conditions d'acceptation par écrit, le paiement de la prime, la **Date d'effet** ou d'entrée au **Contrat**, l'évènement le plus tardif étant retenu.
- Aux fins de la présente demande d'adhésion, j'autorise tout docteur ayant prodigué des soins ou des conseils aux personnes nommées dans ce formulaire à transmettre à Now Health International les informations dont ils ont besoin pour étudier les demandes de remboursement formulées sous ce **Contrat**. Je reconnais avoir discuté des termes de la présente autorisation avec mon partenaire et mes **Ayants droit** majeurs et compétents, et j'ai obtenu leur consentement pour communiquer leurs données médicales personnelles selon la présente autorisation.
- Je déclare avoir lu et compris les informations suivantes, contenues dans le Guide Client :
 - les droits à résiliation et annulation
 - notre politique de gestion des plaintes et le droit
 - la loi et la juridiction applicable au **Contrat**
 - la langue de rédaction du **Contrat** et de **Nos** services
 - les dispositifs d'indemnisation
 - Now Health International Services (Europe) Limited agit pour le compte d'Starr Europe Insurance Limited dans la création et l'administration de **Contrats**, la réception des primes et le paiement des demandes de remboursement.
- Je comprends que si mon **Contrat** n'est pas en vigueur car Now Health International est dans l'impossibilité de collecter mes primes, quelle qu'en soit la raison, Now Health International ne peut pas être tenu responsable. Now Health Internationale ne prendra pas en charge mes demandes de remboursement, si je ne leur fournis pas dans les 7 jours suivant leur requête, un autre mode de paiement.
- J'accepte que lorsque moi ou mes **Ayants Droit** recevons un **Traitement médical** au sein du réseau partenaire et, sauf si autorisé au préalable par Now Health International, qu'il est déterminé que le **Traitement** ou la **Pathologie médicale** n'est pas couvert sous les termes et conditions du **Contrat**, j'accepte d'être redevable envers Now Health International des frais encourus pour ce **Traitement** non éligible.
- Je comprends et accepte que si je ne rembourse pas les sommes versées de bonne foi par Now Health International pour des **Traitements** non couverts, les sommes dues à Now Health International pourront être déduites des demandes de remboursement éligibles et/ou mon **Contrat** pourra être suspendu jusqu'au recouvrement intégral des sommes dues.
- Je reconnais que, si une demande de remboursement est jugée frauduleuse par Now Health International, mon **Contrat** peut être annulé avec effet immédiat.
- Je comprends que si j'ai la possibilité de faire jouer un autre **Contrat** d'assurance pour recouvrer le montant d'une demande de remboursement ou recevoir des prestations, Now Health International Services (Europe) Limited ne sera responsable que d'une partie du coût total.
- J'ai lu les Notes importantes
- J'accepte la déclaration ci-dessus et comprends que la couverture est fournie conformément aux termes et conditions du **Contrat** Now Health International.

Signature (Assuré/Preneur d'assurance) :

Date (jj/mm/aaaa) :

/ /

Now Health International Services (Europe) Limited est autorisée et réglementée par la Malta Financial Services Authority.

Now Health International Services (Europe) Limited, bureau enregistré: Dragonara Business Centre 5th Floor, Dragonara Road, St Julian's, STJ 3141, Malta. No de Compagnie C94330.

Ce contrat a été rédigé en Anglais et en Français. En cas de réclamation ou litige, la version anglaise de ce présent contrat prévaut sur toute autre version linguistique ou traduction.