Bulletin d'adhésion

Cette couverture fournit un remboursement des frais médicaux complémentaire à celui fourni par le régime commun d'assurance maladie des Communautés européennes (RCAM) et/ou toute assurance privée.

Avant de commencer, veuillez noter que :

- si vous choisissez de remplir ce formulaire en version imprimée, VEUILLEZ LE REMPLIR EN LETTRES CAPITALES ;
- vous devez remplir le bulletin d'adhésion pour chaque personne faisant une demande de couverture/mise à niveau de la couverture dans les circonstances suivantes :
  - depuis votre adhésion au RCAM, votre retraite est prévue dans les six prochains mois ;
  - vous souhaitez changer votre couverture Hospi Safe Maladie et/ou Hospi Safe Maladie et Accident pour une couverture Hospi Safe Plus.
- vous devez remplir ce bulletin dans son intégralité et divulguer toutes les informations pertinentes. Une fois votre demande envoyée, notre équipe des souscriptions médicales examinera les informations ;
- si des pathologies médicales sont mentionnées, nous pouvons vous demander des informations supplémentaires. Nous traiterons ensuite les informations et nous vous ferons part de notre décision le plus rapidement possible ;
- si vous bénéficiez déjà de l'une de nos couvertures santé, veuillez nous informer de tout problème de santé pour lequel vous avez effectué une demande de remboursement depuis que vous nous avez rejoint ;
- dans la section « Autorisations » sur la page 8 :
  - le souscripteur et tous les ayants droit mentionnés âgés de plus de 18 ans doivent apposer leur signature ;
  - tous les souscripteurs adultes doivent donner leur accord tel que détaillé dans les sections 8 et 12. Conformément aux règlementations sur la protection des données, nous ne pourrons pas traiter votre demande sans ces signatures. Un parent ou tuteur légal devra remplir ces sections pour toute personne de moins de 18 ans.
  - tous les souscripteurs adultes qui souhaitent désigner un courtier comme le point de contact principal de cette police doivent donner leur accord tel que détaillé dans la section 10.

Quelques points à clarifier :

Vous remarquerez que nous mentionnons souvent les termes suivants dans ce formulaire. Voici ce qu'ils signifient :

Pays d'origine : pays pour lequel vous (ou vos ayants droit, le cas échéant) possédez un passeport en cours de validité ou pays de résidence principal.
Pays de résidence principal : pays dans lequel vous et vos ayants droit (le cas échéant) vivez pendant plus de six mois par année d'assurance.

Si vous ajoutez un nouvel ayant droit à une police déjà existante, veuillez indiquer votre numéro de police actuel :

1 Informations sur le souscripteur (Le souscripteur sera le titulaire de la police)

Vos coordonnées seront également utilisées pour partager avec vous des informations importantes concernant votre police. Vous devez nous informer de tout changement de coordonnées au fil du temps afin de recevoir la correspondance qui vous est destinée.

M. ☐ Mme ☐ Autre ☐

Prénom

Nom

Date de naissance (JJ/MM/AAAA) / / Genre à la naissance : Masculin ☐ Féminin ☐

Pays d'origine

Nationalité

Pays de résidence principal

Numéro fiscal (obligatoire pour les personnes résidant en Espagne, en Italie et au Portugal)

Adresse dans le pays de résidence principal (obligatoire)

Ville (obligatoire)

Pays (obligatoire)

Numéro de téléphone principal INDICATIF PAYS INDICATIF RÉGIONAL

Autre numéro de téléphone INDICATIF PAYS INDICATIF RÉGIONAL

Adresse e-mail personnelle (obligatoire - en lettres capitales)

Profession (obligatoire - si vous êtes étudiant, veuillez l'indiquer ici)

Agence d'emploi

Date de début de l'emploi (JJ/MM/AAAA) / /

Dans quelle langue souhaitez-vous recevoir les documents de votre police ?

Français ☐ Allemand ☐ Anglais ☐

2 Informations sur vos ayants droit

Vous pouvez ajouter des ayants droit à votre police. Les ayants droit correspondent au conjoint/partenaire et à tout enfant qui dépend de vous financièrement, âgé de moins de 26 ans.

	Ayant droit 1	Ayant droit 2	Ayant droit 3
Lien de parenté avec le souscripteur	Époux/Conjoint ☐ Enfant ☐	Époux/Conjoint ☐ Enfant ☐	Époux/Conjoint ☐ Enfant ☐
Prénom			
Nom de famille			
Date de naissance (JJ/MM/AAAA)	/ /	/ /	/ /
Genre à la naissance	Masculin ☐ Féminin ☐	Masculin ☐ Féminin ☐	Masculin ☐ Féminin ☐
Profession (obligatoire - si étudiant, veuillez l'indiquer)			
Adresse e-mail personnelle (obligatoire pour les ayants droit de plus de 18 ans)			
Pays d'origine			
Pays de résidence principal			
Nationalité			
Numéro de police actuel (le cas échéant)			

3 Raison d'obtention de la couverture

Veuillez sélectionner la raison pour laquelle vous souhaitez obtenir la couverture.

Retraite ☐

(votre retraite est prévue dans les six prochains mois. Vous pouvez envoyer votre demande de souscription médicale jusqu'à la veille de la date de votre départ à la retraite)

Veuillez indiquer la date prévue de votre départ à la retraite (JJ/MM/AAAA) : / /

Obtention de la formule Hospi Safe Plus ☐

4 Date de début de votre couverture

Pour les retraités, vous recevrez la confirmation que votre demande d'adhésion a été acceptée lorsque nous émettrons votre certificat d'assurance. Votre couverture prendra effet à la date de début indiquée sur votre certificat d'assurance.

Pour les membres souhaitant passer à la couverture Hospi Safe Plus, notre acceptation de votre demande de couverture entre en vigueur le 1er janvier, comme indiqué sur votre certificat d'assurance.

Veuillez noter que nous ne pouvons pas antidater la couverture.

5 Détails de votre couverture

Sélectionnez votre formule Hospitalisation

Veuillez consulter le guide des conditions générales et le tableau des garanties pour obtenir des informations sur les différentes formules indiquées ci-dessous.

	Formule Hospi Safe Plus	Formule Hospi Safe Maladie et Accident
Souscripteur	☐	☐
Ayant droit 1	☐	☐
Ayant droit 2	☐	☐
Ayant droit 3	☐	☐

6 Pathologies médicales préexistantes

Les pathologies préexistantes sont des maladies dont un ou plusieurs symptômes sont apparus au cours de votre vie ou celle de vos ayants droit, qu'un traitement ou conseil médical ait été recherché ou non.

Nous considérerons toute pathologie médicale comme préexistante si nous pouvons déterminer que vous ou vos ayants droit auriez pu en connaitre l'existence. Votre police couvrira les pathologies préexistantes, sauf indication contraire de notre part par écrit.

Toute pathologie apparaissant entre la date à laquelle vous remplissez ce bulletin d'adhésion et les échéances suivantes sera également considérée comme préexistante :

- la date à laquelle nous envoyons votre certificat d'assurance ; ou
- la date de commencement de votre police.

Veuillez noter que vous/vos ayants droit devez fournir toute information supplémentaire que nous pourrions demander. Ce formulaire doit être rempli complètement et précisément et toutes les informations pertinentes doivent être déclarées : ceci est une condition nécessaire pour obtenir la couverture. Vous devez divulguer tous les faits importants (c'est-à-dire les faits susceptibles d'influencer notre évaluation et notre acceptation de cette demande de souscription). La non-divulgation de tous les faits importants invalidera la police. En cas de doute sur l'importance d'un fait, vous devez le déclarer. Si une pathologie préexistante n'est pas déclarée, elle ne sera pas couverte.

7 Votre santé

Veuillez répondre aux questions suivantes en fonction de vos antécédents médicaux complets et ceux de vos ayants droit. Vous devez divulguer tous les faits importants (c'est-à-dire les faits susceptibles d'influencer notre évaluation et notre acceptation de cette demande de souscription). En cas de doute sur l'importance d'un fait, vous devez le déclarer. La non-divulgation de tous les faits importants peut invalider la police.

Cette déclaration de santé est valable deux mois à compter de la date à laquelle vous avez rempli et signé le formulaire.

	Souscripteur	Ayant droit 1	Ayant droit 2	Ayant droit 3
Taille	☐ cm	☐ cm	☐ cm	☐ cm
Poids	☐ kg	☐ kg	☐ kg	☐ kg
Avez-vous consommé une forme quelconque de tabac depuis un an ?	Oui ☐ Non ☐	Oui ☐ Non ☐	Oui ☐ Non ☐	Oui ☐ Non ☐
Si oui, veuillez indiquer la quantité moyenne quotidienne. 1 cigarette = 1 unité, 1 cigare de taille moyenne = 2 unités, 1 gramme de tabac à rouler = 2 unités, 1 bol de tabac à pipe = 2,5 unités, 10 mg de nicotine pour cigarette électronique = 1 unité. Si aucune, écrire « Non ».	☐ /jour	☐ /jour	☐ /jour	☐ /jour
Buvez-vous de l'alcool ?	Oui ☐ Non ☐	Oui ☐ Non ☐	Oui ☐ Non ☐	Oui ☐ Non ☐
Si oui, combien d'unités d'alcool buvez-vous par semaine ? 1 alcool fort = 1 unité ; 25 ml de bière = 1 unité ; 1 verre de vin = 1 unité. Si aucune, écrire « Non ».	☐ /semaine	☐ /semaine	☐ /semaine	☐ /semaine

1. Votre état de santé actuel vous empêche-t-il d'exercer votre activité professionnelle dans son intégralité ? Oui ☐ Non ☐
2. Souffrez-vous d'une pathologie médicale préexistante telle que, mais sans s'y limiter, une incapacité mentale, physique ou chronique, soit depuis la naissance, soit à la suite d'une maladie, d'un problème, d'un accident ou d'une blessure ? Oui ☐ Non ☐
3. Prenez-vous actuellement des médicaments prescrits, des médicaments spécialisés, suivez-vous une thérapie, effectuez-vous des dialyses, suivez-vous une rééducation ou utilisez-vous un appareil médical artificiel ? Oui ☐ Non ☐
4. Êtes-vous sous surveillance médicale continue, observation ou prévoyez-vous d'effectuer un examen médical avec un médecin, un spécialiste ou dans une clinique ? Oui ☐ Non ☐
5. Au cours des 10 dernières années, avez-vous ou l'un de vos ayants droit effectué des tests/examens qui ont abouti à une orientation vers un avis médical, une intervention chirurgicale, une procédure médicale ou un traitement médical ? Oui ☐ Non ☐

   Veuillez ne pas divulguer les résultats de tests génétiques (ADN ou ARN). Ceux-ci ne sont pas requis pour la souscription médicale.
6. Au cours des deux dernières années, avez-vous ressenti des symptômes récurrents ou continus ou des problèmes médicaux tels que, mais sans s'y limiter : Oui ☐ Non ☐
   - Fièvre (39,4°C / 103°F, ou plus) et/ou toux continue
   - Essoufflements
   - Enrouement
   - Maux de tête sévères/continus
   - Grain de beauté ou marque sur la peau qui a saigné, changé ou est devenu douloureux
   - Picotements
   - Vision floue ou double
   - Perte de poids inattendue
   - Saignement du rectum, changement d'habitude intestinale ou de fréquence urinaire
   - Perte de sensation, convulsions, perte de conscience
   - Saignement anormal, etc.
   - Douleurs / raideurs articulaires, etc.
7. Suivez-vous actuellement, ou vous a-t-on conseillé de suivre l'un des traitements suivants pendant les six prochains mois ? Veuillez répondre à chaque question ci-dessous par OUI ou NON. Vous devez répondre à toutes les questions.
   - Hospitalisation Oui ☐ Non ☐
   - Intervention chirurgicale Oui ☐ Non ☐
   - Soins en médecine courante Oui ☐ Non ☐
   - Soins dentaires Oui ☐ Non ☐
8. Avez-vous déjà reçu ou êtes-vous sur le point de recevoir un remboursement à 100 % du RCAM pour un problème de santé ? Oui ☐ Non ☐
9. Avez-vous d'autres informations à nous fournir sur vos antécédents médicaux et votre état de santé, telles que, mais sans s'y limiter, des tests / examens médicaux, des consultations, des conseils reçus, une intervention chirurgicale, des médicaments ou des traitements que vous avez reçus, que vous recevez actuellement ou qui vous ont été recommandés mais qui n'ont pas déjà été mentionnés dans les questions ci-dessus ? Oui ☐ Non ☐

Veuillez uniquement répondre à la question 10 si vous choisissez la formule Hospi Safe Plus.

10. L'une des personnes mentionnées sur ce bulletin suit-elle actuellement ou lui a-t-on conseillé de suivre un traitement dentaire, de subir une chirurgie dentaire, de se faire poser des prothèses dentaires, de suivre des soins d'orthodontie ou de parodontologie ? Oui ☐ Non ☐

Informations complémentaires pour les réponses « Oui »

Si vous avez répondu Oui aux questions 1 à 10 ci-dessus, veuillez fournir des informations complémentaires dans le tableau ci-dessous. **Veuillez indiquer si un rétablissement complet a été fait ou si vous ou vos ayants droit souffrez de maladies ou pathologies médicales liées à ou découlant du diagnostic initial. Veuillez joindre les documents médicaux justificatifs et les résultats des tests les plus récents, si possible.**

Question	Nom de la personne affectée	Diagnostic - Le cas échéant veuillez indiquer la partie du corps concernée (par ex. bras gauche, pied droit ou dent)	Date précise de l'apparition de la maladie	Date et fréquence des derniers symptômes (quotidienne, hebdomadaire, mensuelle, irrégulière)	Traitements passés et actuels, examens, tests sanguins et rapports médicaux (veuillez préciser le nom, le dosage et la fréquence d'usage des médicaments et indiquer la date de début des traitements, la fréquence des traitements et s'ils sont toujours en cours)	État actuel (par ex. toute complication, rétablissement complet, récurrent ou continu) Veuillez également indiquer si vous continuez à consulter un dentiste pour un problème en cours, ou si vous avez cessé de vous présenter aux examens dentaires de routine recommandés

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

Veuillez fournir le nom, l'adresse et le numéro de téléphone du médecin de famille (et du dentiste, le cas échéant) pour toutes les personnes indiquées sur ce bulletin. S'il n'y a pas suffisamment d'espace, veuillez utiliser une page séparée.

8 Déclaration

Veuillez lire attentivement les déclarations ci-dessous. Vous devrez apposer votre signature ci-dessous dans la section « Autorisations » pour confirmer que vous les comprenez et les acceptez.

- Je déclare que toutes les informations fournies ci-dessus sont exactes et complètes, y compris celles rédigées par un tiers. Je déclare qu'aucun élément n'a été omis, déformé ou formulé incorrectement. J'accepte que ce bulletin d'adhésion soit la base du contrat entre Allianz et moi-même, et je reconnais que toute déclaration fausse, incorrecte ou trompeuse ou l'omission de déclaration d'informations médicales matérielles peut rendre cette assurance nulle et non avenue, conformément à la législation en vigueur.
- Je m'engage à informer immédiatement Allianz 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.
- Mes données personnelles et toutes données médicales relatives, au cas par cas, à moi ou à mes ayants droit peuvent être utilisées dans le seul but de l'exécution et de la gestion du contrat. Si les informations fournies sont incomplètes, suscitent des doutes ou si l'assureur n'est pas en mesure d'enquêter de manière approfondie sur son obligation de payer la demande de remboursement, l'expert-conseil médical de l'assureur est en droit de demander des informations aux autorités sanitaires ou aux médecins conformément aux conditions générales indiquées dans la notice de confidentialité.
- Sous réserve de restrictions légales, Allianz (ou ses conseillers médicaux, représentants désignés ou experts tiers en cas de litige) peut demander des informations médicales me concernant auprès des professionnels de la santé. Dans ces circonstances, j'autorise tous les praticiens, médecins, dentistes, membres des professions médicales et employés d'hôpitaux, d'autorités sanitaires et d'établissements médicaux à fournir les informations médicales pertinentes, sur demande. Cette autorisation vaut également pour mes ayants droit de moins de 18 ans et ceux qui ne sont pas en mesure de comprendre le sens de cette déclaration.
- Je confirme que :
  - j'ai bien lu et pris connaissance de toutes les définitions, garanties, exclusions et conditions de la police y compris les informations sur les pathologies préexistantes ;
  - j'ai reçu, lu et compris le document d'information sur le produit d'assurance, la notice d'information et le guide de présentation des garanties et j'accepte les conditions générales qui y sont résumées ;
  - à partir des informations fournies dans ces documents et des formules que j'ai sélectionnées, je pense que le produit que j'ai choisi est le mieux adapté pour répondre à mes besoins spécifiques en matière d'assurance.
- Je comprends que :
  - cette demande est valable deux mois à compter de la date d'achèvement et de signature de ce bulletin ;
  - je peux annuler ma demande par écrit, par courrier ou par e-mail, dans un délai de 30 jours à compter de la date à laquelle je reçois les conditions générales de ma police d'assurance. Si je n'ai pas envoyé de demande de remboursement, la totalité de ma prime me sera remboursée.
- J'accepte :
  - qu'il est de ma responsabilité de vérifier l'exactitude des informations figurant sur le certificat d'assurance ;
  - le fait que cette police d'assurance soit soumise aux conditions générales standard en vigueur au commencement ou au renouvellement de la police et détaillées dans le guide des conditions générales ;
  - le fait que la couverture fournie par Allianz ne soit pas disponible si mes ayants droit et moi-même sommes ou devenons résidents de pays où des exigences obligatoires en matière d'assurance santé sont en place.

9 Désignation du titulaire de la police

Cette section doit être remplie par tous les ayants droit souhaitant désigner le titulaire de la police comme point de contact principal.

Afin de nous aider dans la gestion de la police, vous pouvez désigner le titulaire de la police comme la personne principale à contacter pour l'assurance. Pour cela, il vous suffit de donner votre accord dans la section « Autorisations » ci-dessous.

Le titulaire de la police sera autorisé à agir au nom de tous les ayants droit en ce qui concerne la gestion de cette police. Cela peut inclure la communication d'informations médicales confidentielles. Cette autorisation est valide tant que moi ou tout ayant droit couvert n'aurons pas demandé par écrit à Allianz de l'annuler.

10 Désignation du courtier (le cas échéant)

En donnant mon accord dans la section « Autorisations » ci-dessous, j'autorise le courtier désigné à agir en mon nom en ce qui concerne la gestion de cette police. Cela peut inclure la communication d'informations médicales confidentielles. Cette autorisation est valide tant que je n'aurai pas demandé par écrit à Allianz de l'annuler.

11 Vos données personnelles

La manière dont nous protégeons votre vie privée et traitons vos informations personnelles est indiquée dans notre notice sur la protection des données. Vous devez la lire avant de nous envoyer vos informations personnelles. Pour consulter notre notice sur la protection des données, rendez-vous sur **www.allianzcare.com/fr/confidentialite-du-site-web.html**

Vous pouvez également nous contacter au + 353 1 630 1303 pour obtenir un exemplaire papier de notre notice sur la protection des données. Pour toute question sur la manière dont nous utilisons vos informations personnelles, veuillez nous contacter par e-mail à : **AP.EU1DataPrivacyOfficer@allianz.com**

12 Accord concernant la divulgation des données

Nous avons besoin de votre consentement pour recueillir et traiter les données relatives à votre santé et d'autres types de données personnelles. **Si vous ne donnez pas votre consentement explicite, nous ne pourrons pas vous fournir la police à laquelle vous souhaitez souscrire ou traiter toute demande de remboursement que vous effectuerez**. Si vous êtes d'accord, vos données seront traitées pour les raisons et activités suivantes.

Un parent ou tuteur légal devra remplir le consentement pour toute personne de moins de 18 ans.

Je, (le souscripteur), et les ayants droit nommés ci-dessous donnons :

Nom du souscripteur	Nom de l'ayant droit 1	Nom de l'ayant droit 2	Nom de l'ayant droit 3

- **L'autorisation de recueillir, conserver et utiliser les données relatives à ma santé.** Allianz pourra recueillir, conserver et utiliser les données relatives à ma santé dans le cadre de la gestion de la police (pour m'envoyer un devis d'assurance, pour tarifer des risques ou traiter des demandes de remboursement). Allianz pourra conserver les données relatives à ma santé conformément au Code de la consommation de la loi s'appliquant à cette police d'assurance ou toute autre loi requérant leur conservation.
- **L'autorisation d'obtenir mes données auprès de tiers.** Pour me fournir une couverture d'assurance, souscrire les risques d'assurance ou traiter toute demande de remboursement, Allianz pourra obtenir les données relatives à ma santé ou d'autres types de données auprès de médecins, d'infirmières, du personnel soignant d'un hôpital, d'autres institutions médicales, de maisons de santé, de la sécurité sociale, du responsable des assurances collectives de ma société, d'associations professionnelles et de représentants d'organismes publiques. J'accepte de libérer de leurs obligations respectives tous les individus de ces institutions et Allianz quant à la confidentialité des données relatives à ma santé ou d'autres données qu'ils doivent partager et utiliser dans les buts indiqués ci-dessus.
- **L'autorisation de partager mes données en dehors d'Allianz.** Allianz peut partager les informations relatives à ma santé et d'autres données avec les experts ou institutions indiqués ci-dessous . Ils utiliseront mes données de la même manière et pour les mêmes raisons qu'Allianz. Je comprends qu'Allianz a mis en place des dispositions avec ces institutions pour protéger mes données. J'accepte de libérer de leurs obligations respectives tous les individus de ces institutions et Allianz quant à la confidentialité des données relatives à ma santé et d'autres données qu'ils doivent partager et utiliser dans les buts indiqués ci-dessous :
  - avec des médecins indépendants pour évaluer les risques d'assurance et toutes les garanties devant m'être réglées directement ou au tiers me fournissant un traitement ou un service dans le cadre de ma police d'assurance ;
  - avec les prestataires de services externes au groupe Allianz qui fournissent certains services au nom d'Allianz, comme l'évaluation des risques et le traitement des demandes de remboursement, lorsque :
    - ces services impliquent le recueil et l'utilisation des données relatives à ma santé et d'autres types de données ; et
    - sans lesquelles Allianz ne pourrait gérer ma police ou me payer les sommes correspondant aux demandes de remboursement qui me sont dues.
  - avec des coassureurs pour partager le risque d'assurance avec d'autres entreprises auxquelles Allianz émet la police et pour gérer en partenariat les demandes de remboursement ;
  - avec d'autres assureurs/réassureurs qui couvrent peut-être le même risque d'assurance simultanément (assurances multiples) pour :
    - partager le paiement de toute compensation m'étant due ; ou
    - collaborer dans le dépistage ou la prévention de la fraude et d'un crime financier.

Si je change d'avis concernant les préférences indiquées ci-dessus (par exemple, je décide de retirer mon accord à l'un des articles énoncés), je peux en informer Allianz en envoyant un e-mail à AP.EU1DataPrivacyOfficer@allianz.com.

13 Préférences marketing

Je, (le souscripteur), et mes ayants droit, autorisons Allianz à recueillir, conserver et utiliser nos données personnelles pour nous fournir des informations marketing. Je comprends que mes informations personnelles seront uniquement utilisées pour les raisons et activités suivantes pour lesquelles j'ai expressément donné mon autorisation en cochant les cases ci-dessous.

	Nom du souscripteur	Nom de l'ayant droit 1	Nom de l'ayant droit 2	Nom de l'ayant droit 3
Les informations envoyées par Allianz sur ses produits et services, y compris des informations sur les dernières promotions et sur les nouveaux produits et services.				
	☐	☐	☐	☐
Les informations envoyées par d'autres compagnies du groupe Allianz sur leurs produits et services. Je comprends qu'à ces fins, vous devrez leur communiquer mes coordonnées.				
	☐	☐	☐	☐
Les informations envoyées directement par les partenaires d'Allianz sur leurs produits et services. Je comprends qu'à ces fins, vous devrez leur communiquer mes coordonnées.				
	☐	☐	☐	☐
Ces communications se feront par :				
E-mail	☐	☐	☐	☐
Notifications de l'application	☐	☐	☐	☐
Téléphone	☐	☐	☐	☐
Courrier	☐	☐	☐	☐

14 Autorisations

Veuillez indiquer la section pour laquelle vous donnez votre accord.

8. Déclaration**	☐
9. Désignation du titulaire de la police	☐
10. Désignation du courtier (le cas échéant)	☐
11. Vos données personnelles**	☐
12. Accord concernant la divulgation des données**	☐
13. Préférences marketing	☐

Nom du courtier :

Signatures

Le souscripteur et chaque ayant droit mentionné âgé de plus de 18 ans doivent signer ce bulletin d'adhésion ici. En signant, vous donnez votre accord pour les sections correspondantes cochées ci-dessus.

Signature du souscripteur	Signature de l'ayant droit 1	Signature de l'ayant droit 2	Signature de l'ayant droit 3
Date (JJ/MM/AAAA)	Date (JJ/MM/AAAA)	Date (JJ/MM/AAAA)	Date (JJ/MM/AAAA)
/ /	/ /	/ /	/ /

** Veuillez noter que nous ne serons pas en mesure de traiter votre demande d'adhésion si vous n'avez pas donné votre accord pour les sections indiquées dans le tableau « Autorisations » ci-dessus.

15 Informations sur le paiement

Aucun paiement ne doit être effectué avant la communication de votre numéro de police.

Veuillez noter que la devise de paiement de votre prime est l'euro.

Mode et fréquence de paiement

Veuillez cocher la fréquence et le mode avec lesquels vous souhaitez effectuer votre paiement :

	Annuel	Trimestriel*
Prélèvement automatique**	☐	☐
Carte	☐	☐

* Le paiement trimestriel est uniquement disponible pour Hospi Safe Plus.

** Si vous choisissez de payer par prélèvement automatique, veuillez remplir et envoyer le mandat de prélèvement correspondant, disponible à l'adresse suivante : **www.allianzcare.com/fr/entreprises-et-groupes/partenaires-dassurance/affinity/partenariat-afiliatys/hospisafe.html**

Paiement par carte

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

Type de carte : MasterCard ☐ VISA ☐ American Express ☐ JCB ☐ Diners Club ☐ Discover ☐

Nom du titulaire de la carte

Numéro de carte Date d'expiration (MM/AA) /

Cryptogramme visuel

VISA, MasterCard, Discover et Diners Club : les trois derniers chiffres du panneau de signature au dos de la carte.
American Express : numéro à quatre chiffres imprimé au recto de la carte, au-dessus du numéro de la carte.

Après l'enregistrement des données de la carte de crédit dans notre système, cette page sera détachée du formulaire et détruite pour des raisons de sécurité.

Autorisation de paiement par carte

J'autorise Allianz à débiter sur ma carte la prime de mon assurance santé. Je comprends que je serai informé(e) de la prime après l'acceptation ou le renouvellement de ma police d'assurance ou bien suite à une demande de ma part affectant ma prime, telle que l'ajout d'un ayant droit Cette autorisation sera valide tant que je ne l'aurai pas annulée par écrit auprès d'Allianz. Il est entendu que je serai averti(e) de toute modification de la prime dans un délai d'un mois avant sa mise en application.

Signature du titulaire de la carte Date (JJ/MM/AAAA) / /

Merci de retourner ce formulaire dûment rempli par :

E-mail : individual.joining@e.allianz.com

Courrier à : Allianz
15 Joyce Way
Park West Business Campus
Nangor Road
Dublin 12, Irlande

N'hésitez pas à contacter notre service téléphonique pour toute question sur ce formulaire ou sur le processus de souscription : 0800 70 528 (gratuit depuis la Belgique) ou +353 1 630 1303 (depuis l'étranger).

www.facebook.com/AllianzCare
www.linkedin.com/company/allianz-care
www.youtube.com/c/allianzcare
www.instagram.com/allianzcare/
x.com/AllianzCare
www.tiktok.com/@allianzcare

FRM-Affiliatys-APP-FR-0826

Ce document est une traduction française du document en anglais. La version en anglais 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.

L'assureur et administrateur est AWP Health & Life SA, société anonyme régie par le Code des assurances, au capital de 95 551 314 €, dont le siège social est situé au 7 Rue Dora Maar, 93400 Saint-Ouen, France. Enregistrée en France : No. 401 154 679 RCS Bobigny. Numéro de TVA : FR 84 401 154 679.