Allianz Care

Bulletin d'adhésion

pour les polices soumises à une souscription médicale complète

Couvertures santé internationales pour vous et votre famille

Veuillez noter que vous pouvez souscrire une de nos couvertures médicales internationales directement sur notre site Internet **www.allianzcare.com/fr.html**

Si vous choisissez de remplir ce formulaire en version papier, VEUILLEZ LE REMPLIR EN LETTRES CAPITALES

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

Si vous souhaitez rejoindre une police collective existante, veuillez indiquer :

Nom du groupe

Numéro de groupe

Allianz Medical Expert (AME) - notre outil de souscription médicale automatisée

Il est possible que nous utilisions un outil de souscription médicale automatisée afin de déterminer si nous pouvons vous couvrir et sous quelles conditions, le cas échéant. Cet outil est utilisé pour traiter les informations personnelles et médicales que vous nous fournissez afin de calculer le coût de votre couverture santé internationale. Sans ces informations, nous sommes dans l'incapacité de calculer la prime de votre assurance en fonction de vos besoins.

Nous évaluons régulièrement la façon dont notre outil de souscription médicale automatisée fonctionne afin de veiller à ce que l'évaluation reste juste. Cette évaluation se base sur les formules que vous sélectionnez et sur les informations personnelles et médicales que vous nous fournissez dans ce bulletin d'adhésion.

Autorisation d'automatiser la décision concernant la souscription médicale

☐ En cochant cette case, vous comprenez et acceptez qu'Allianz Care puisse utiliser un outil de souscription médicale automatisée afin d'évaluer vos données personnelles et médicales dans le but de prendre une décision sur les risques à assurer. Cela s'effectue en conformité avec les directives du RGPD sur le traitement des données à l'aide d'un outil de souscription médicale automatisée.

Une fois que la décision concernant la souscription médicale est prise, vous avez le droit de demander à ce que nous reconsidérions notre décision. Dans ce cas, notre équipe des souscriptions médicales examinera votre dossier. Si vous souhaitez faire valoir ce droit, veuillez nous contacter à l'adresse underwriting@allianzworldwidecare.com

Comment remplir ce bulletin d'adhésion ?

1. Vous devez remplir le bulletin d'adhésion dans son intégralité et nous communiquer 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.
2. Si vous bénéficiez déjà de l'une de nos couvertures santé et que vous souhaitez souscrire un niveau de couverture plus élevé ou une nouvelle formule, veuillez nous informer de tout problème de santé pour lequel vous avez effectué une demande de remboursement depuis que vous nous avez rejoint.
3. La section 7 doit être signée par le titulaire de la police et la section 8 par toutes les personnes adultes effectuant une demande d'adhésion. Conformément au Règlement général européen sur la protection des données (RGPD), nous ne pourrons pas traiter votre demande sans ces signatures. Un parent ou tuteur légal devra remplir la section 8 pour toute personne de moins de 18 ans.
4. Si une personne souhaitant souscrire une couverture reçoit actuellement un traitement dentaire, veuillez vous assurer qu'un questionnaire dentaire est rempli. Ce questionnaire peut être téléchargé sur notre site : **www.allianzcare.com/fr/assurance-sante-internationale-pour-particuliers/formulaire-d-affiliation.html**

Lorsque les mots et expressions suivants apparaissent dans ce formulaire, ils auront les significations définies ci-dessous.
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 an.

1 Informations sur le souscripteur

Vous devez nous informer de tout changement de coordonnées afin de recevoir la correspondance qui vous est destinée.
Seules les personnes de moins de 76 ans verront leur demande de souscription considérée.

M. ☐ Mme ☐ Autre Prénom

Nom

Date de naissance J J / M M / A A A A Sexe : Masculin ☐ Féminin ☐

Pays d'origine

Nationalité

Pays de résidence principal

Adresse dans le pays de résidence principal (obligatoire)

Numéro de téléphone principal INDICATIF PAYS INDICATIF RÉGIONAL

Autre numéro de téléphone INDICATIF PAYS INDICATIF RÉGIONAL

Adresse e-mail (obligatoire - en lettres capitales)

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

Veuillez indiquer la langue dans laquelle vous souhaitez recevoir vos documents contractuels :

Français ☐ Anglais ☐ Allemand ☐ Espagnol ☐ Italien ☐ Portugais ☐

Informations sur toute assurance santé internationale actuelle :

Nom de l'assureur

Numéro de police Date de début J J / M M / A A A A

2 Ayants droit à ajouter au contrat

Les ayants droit correspondent au conjoint/partenaire et à tout enfant qui dépend de vous financièrement, âgé de moins de 18 ans, ou de moins de 24 ans s'il poursuit des études à temps plein. Si votre enfant a entre 18 et 23 ans et poursuit des études à temps plein, veuillez joindre une lettre du collège/de l'université confirmant son statut d'étudiant ou une copie de sa carte d'étudiant. Seuls les adultes ayants droit de moins de 76 ans verront leur demande de souscription considérée. S'il n'y a pas suffisamment de place pour tous vos ayants droit, veuillez utiliser un autre bulletin d'adhésion. Veillez également à ce que toute Déclaration et tout Accord soit daté(e) et signé(e).

	Ayant droit 1	Ayant droit 2	Ayant droit 3	Ayant droit 4
Lien de parenté avec le souscripteur	Conjoint/Partenaire ☐ Enfant ☐	Conjoint/Partenaire ☐ Enfant ☐	Conjoint/Partenaire ☐ Enfant ☐	Conjoint/Partenaire ☐ Enfant ☐
Prénom				
Nom de famille				
Date de naissance	J J / M M / A A A A	J J / M M / A A A A	J J / M M / A A A A	J J / M M / A A A A
Sexe	Masculin ☐ Féminin ☐	Masculin ☐ Féminin ☐	Masculin ☐ Féminin ☐	Masculin ☐ Féminin ☐
Profession (obligatoire - si étudiant, veuillez l'indiquer)				
Adresse e-mail (obligatoire pour les ayants droit de plus de 18 ans)				
Pays d'origine				
Pays de résidence principal				
Nationalité				

Informations concernant toute assurance santé nationale ou internationale :

Nom de l'assureur actuel (le cas échéant)				
Numéro de police actuel (le cas échéant)				

3 Date de début

Veuillez indiquer la date à laquelle vous souhaitez que votre couverture débute : J J / M M / A A A A

L'affiliation est acceptée et confirmée lorsque nous envoyons le certificat d'assurance, et votre couverture est valide à partir de la date indiquée sur ce certificat.

4 Détails de votre couverture (Ne pas remplir si vous rejoignez une police collective)

Choisissez votre zone de couverture :

La zone de couverture est soumise à l'ensemble des conditions générales indiquées dans le guide des conditions générales.

☐ Mondiale ☐ Mondiale à l'exception des États-Unis ☐ Afrique

Veuillez sélectionner la formule Hospitalisation de votre choix, ainsi que toute autre formule facultative que vous souhaitez ajouter à votre police. Les formules facultatives ne peuvent être achetées qu'en complément d'une formule Hospitalisation. Elles ne peuvent pas être achetées séparément. Les formules ci-dessous sont détaillées dans le tableau des garanties et le guide des conditions générales.

Sélectionnez votre formule Hospitalisation

	Care Pro	Care Plus	Care
	Si vous sélectionnez Care Pro ou Care Plus, vous pouvez soit sélectionner la même formule Hospitalisation pour tous les ayants droit (le cas échéant), soit sélectionner la formule Care Pro ou la formule Care Plus pour chacun des ayants droit.		*Si vous sélectionnez Care, cette formule Hospitalisation et toute autre formule facultative que vous sélectionnez s'appliqueront à toutes les personnes incluses sur votre police.*
Souscripteur	☐	☐	☐
Ayant droit 1	☐	☐	
Ayant droit 2	☐	☐	
Ayant droit 3	☐	☐	
Ayant droit 4	☐	☐	

Sélectionnez vos formules facultatives

Formules Médecine courante

Souscripteur	☐ Active Pro	OU	☐ Active Plus	OU	☐ Active	☐ Active
Ayant droit 1	☐ Active Pro	OU	☐ Active Plus	OU	☐ Active	
Ayant droit 2	☐ Active Pro	OU	☐ Active Plus	OU	☐ Active	
Ayant droit 3	☐ Active Pro	OU	☐ Active Plus	OU	☐ Active	
Ayant droit 4	☐ Active Pro	OU	☐ Active Plus	OU	☐ Active	

Formules Maternité

Souscripteur	☐ Bloom Plus	OU	☐ Bloom	*Nos formules Maternité ne sont pas disponibles avec la formule Hospitalisation Care.*
Ayant droit 1	☐ Bloom Plus	OU	☐ Bloom	
Ayant droit 2	☐ Bloom Plus	OU	☐ Bloom	
Ayant droit 3	☐ Bloom Plus	OU	☐ Bloom	
Ayant droit 4	☐ Bloom Plus	OU	☐ Bloom	

Formules Dentaire

Si vous sélectionnez Smile Plus pour une personne, tous les autres adhérents sur votre police devront sélectionner la formule Dentaire disponible avec la formule Hospitalisation de leur choix.

Souscripteur	☐ Smile Plus	☐ Smile	☐ Smile
Ayant droit 1	☐ Smile Plus	☐ Smile	
Ayant droit 2	☐ Smile Plus	☐ Smile	
Ayant droit 3	☐ Smile Plus	☐ Smile	
Ayant droit 4	☐ Smile Plus	☐ Smile	

Formule Rapatriement

Souscripteur	☐ Formule Rapatriement	☐ Formule Rapatriement
Ayant droit 1	☐ Formule Rapatriement	
Ayant droit 2	☐ Formule Rapatriement	
Ayant droit 3	☐ Formule Rapatriement	
Ayant droit 4	☐ Formule Rapatriement	

Si votre couverture n'apparaît pas ci-dessus, veuillez indiquer la formule Hospitalisation souhaitée et toute formule complémentaire :

4 Détails de votre couverture (suite)

Choisissez la franchise de votre formule Hospitalisation

Pour réduire votre cotisation pour la formule Hospitalisation, sélectionnez une franchise facultative dans la liste ci-dessous et reportez-vous à la colonne de droite pour connaître la remise sur prime correspondante. La sélection ou non d'une formule Maternité détermine le niveau de la remise. Vous pouvez sélectionner soit une franchise applicable à la formule Hospitalisation, soit une quote-part applicable à la formule Médecine courante (voir ci-dessous). Si une franchise est sélectionnée, elle s'appliquera par personne et par année d'assurance. Nos primes sont indiquées en nombres entiers (c'est-à-dire sans centimes, etc.). Aussi, les pourcentages peuvent être légèrement supérieurs ou inférieurs à ceux communiqués.

Franchises facultatives applicables à la formule Hospitalisation	Remise si votre police ne comprend pas l'une de nos formules Maternité	Remise si votre police comprend l'une de nos formules Maternité
☐ Aucune franchise	0 % de remise sur la prime	0 % de remise sur la prime
☐ Franchise de 374 £/ 450 €/ 610 $/ 585 CHF	5 % de remise sur la prime	2,5 % de remise sur la prime
☐ Franchise de 625 £/ 750 €/ 1 015 $/ 975 CHF	10 % de remise sur la prime	5 % de remise sur la prime
☐ Franchise de 1 245 £/ 1 500 €/ 2 025 $/ 1 950 CHF	20 % de remise sur la prime	10 % de remise sur la prime
☐ Franchise de 2 490 £/ 3 000 €/ 4 050 $/ 3 900 CHF	35 % de remise sur la prime	17,5 % de remise sur la prime
☐ Franchise de 4 980 £/ 6 000 €/ 8 100 $/ 7 800 CHF	50 % de remise sur la prime	25 % de remise sur la prime
☐ Franchise de 8 300 £/ 10 000 €/ 13 500 $/ 13 000 CHF	60 % de remise sur la prime	30 % de remise sur la prime

Choisissez une quote-part applicable à la formule Médecine courante

Vous pouvez sélectionner soit une franchise applicable à la formule Hospitalisation, soit une quote-part applicable à la formule Médecine Courante. Si une quote-part est sélectionnée, elle s'appliquera par personne et par année d'assurance. Nos primes sont indiquées en nombres entiers (c'est-à-dire sans centimes, etc.). Aussi, les pourcentages peuvent être légèrement supérieurs ou inférieurs à ceux communiqués.

Quotes-parts facultatives applicables à la formule Médecine courante	Remise
Aucune quote-part	0 % de remise sur la prime
Quote-part de 10 %, 1 255 £/ 1 480 €/ 2 000 $/ 1 925 CHF max.	12 % de remise sur la prime
Quote-part de 20 %, 2 461 £/ 2 962 €/ 4 000 $/ 3 861 CHF max.	24 % de remise sur la prime
Quote-part de 30 %, 3 076 £/ 3 705 €/ 5 000 $/ 4 815 CHF max.	35 % de remise sur la prime

5 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.

Toute pathologie, dont vous ou vos ayants droit auraient raisonnablement pu connaitre l'existence, sera considérée comme une pathologie préexistante. Votre police couvrira les pathologies préexistantes, sauf indication contraire de notre part par écrit.

Seront également considérées comme préexistantes les pathologies apparaissant entre la date à laquelle vous remplissez ce bulletin d'adhésion et les échéances suivantes (la plus récente prévaudra) :

- La date à laquelle nous envoyons votre certificat d'assurance ou
- La date de début de votre police.

Les pathologies préexistantes devront également être soumises à une souscription médicale complète, et ne seront pas couvertes si elles ne sont pas déclarées. **Par conséquent, il est important que, pendant les périodes décrites ci-dessus, vous nous informiez de tout changement concernant votre état de santé et celui de vos ayants droit, ainsi que tout changement concernant les éléments importants (éléments susceptibles d'influencer notre évaluation et notre acceptation de cette demande de souscription).** En outre, vous devrez fournir des informations complémentaires, si nécessaire.

Si vous bénéficiez déjà de l'une de nos couvertures santé et que vous souhaitez souscrire un niveau de couverture plus élevé ou une nouvelle formule, veuillez nous informer de tout problème de santé pour lequel vous avez effectué une demande de remboursement depuis que vous nous avez rejoint.

6 Déclaration de santé

Veuillez répondre aux questions suivantes en fonction de vos antécédents médicaux complets et ceux de vos ayants droit. Tous les faits importants (les éléments susceptibles d'influencer notre évaluation et notre acceptation de cette demande de souscription) doivent être divulgués. **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 bulletin.**

	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 ? 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 »)	Oui☐ Non☐ ☐☐☐ /jour	Oui☐ Non☐ ☐☐☐ /jour	Oui☐ Non☐ ☐☐☐ /jour	Oui☐ Non☐ ☐☐☐ /jour
Buvez-vous de l'alcool ? 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 « zéro »)	Oui☐ Non☐ ☐☐☐ /semaine	Oui☐ Non☐ ☐☐☐ /semaine	Oui☐ Non☐ ☐☐☐ /semaine	Oui☐ Non☐ ☐☐☐ /semaine
Portez-vous des lunettes ou lentilles de contact? Si oui, veuillez indiquer :	Oui☐ Non☐	Oui☐ Non☐	Oui☐ Non☐	Oui☐ Non☐
• Blessure/maladie				
• Le nombre de dioptries pour chaque œil (apparaît sur l'ordonnance d'un opticien)	☐☐☐ œil droit ☐☐☐ œil gauche	☐☐☐ œil droit ☐☐☐ œil gauche	☐☐☐ œil droit ☐☐☐ œil gauche	☐☐☐ œil droit ☐☐☐ œil gauche

1. **L'une des personnes mentionnées sur ce bulletin a-t-elle déjà souffert de, été à l'hôpital pour cause de, ou reçu tout type de traitement, test ou examen pour les maladies suivantes ?**
   - (a) **Maladies ou problèmes cardiaques ou cardiovasculaires** tels que, mais sans s'y limiter, une attaque cardiaque, la maladie coronarienne, une maladie vasculaire, l'arythmie, un souffle, des douleurs thoraciques, des caillots, une pathologie du sang, une tension artérielle anormale, du cholestérol élevé, etc. Oui☐ Non☐
   - (b) **Maladies ou problèmes dermatologiques** tels que, mais sans s'y limiter, le psoriasis, une dermatite, de l'eczéma, une allergie, de l'acné, etc. Oui☐ Non☐
   - (c) **Maladies ou problèmes endocriniens** tels que, mais sans s'y limiter, le diabète, une pancréatite, les problèmes de poids, la goutte ou des problèmes à la thyroïde, ou autres déséquilibres hormonaux, etc. Oui☐ Non☐
   - (d) **Maladies ou problèmes des yeux, du nez ou de la gorge** tels que, mais sans s'y limiter, la cataracte, le glaucome, une rétine décollée, une perte d'audition, des otites, des problèmes aux sinus, une amygdalite, une adénoïdite, etc. Oui☐ Non☐
   - (e) **Maladies ou problèmes gastro-intestinaux** tels que, mais sans s'y limiter, des problèmes d'estomac, des hernies, des hémorroïdes, des calculs biliaires, des polypes du côlon, la maladie de Crohn, des colites, des problèmes de foie, etc. Oui☐ Non☐
   - (f) **Maladies ou problèmes infectieux ou viraux** tels que, mais sans s'y limiter, les hépatites A, B, ou C, l'herpès, le VIH, le paludisme, le SARS-CoV-2 / COVID-19, la méningite, des infections du sang, des maladies sexuellement transmissibles, etc. Oui☐ Non☐
   - (g) **Maladies ou problèmes musculaires ou squelettiques** tels que, mais sans s'y limiter des douleurs au niveau du cou, du dos ou des articulations, de l'arthrite, une fibromyalgie, le remplacement d'une articulation ou des problèmes de ligaments ou de cartilage, le syndrome du canal carpien, etc. Oui☐ Non☐
   - (h) **Maladies ou problèmes neurologiques** tels que, mais sans s'y limiter, un AVC, la sclérose en plaques, l'épilepsie, les troubles neurodégénératifs, une paralysie, des convulsions, des migraines, la maladie d'Alzheimer ou d'autres formes de démence, etc. Oui☐ Non☐
   - (i) **Maladies ou problèmes oncologiques** tels que, mais sans s'y limiter, un cancer, la leucémie, des lymphomes, des tumeurs, des lésions cutanées, des excroissances, des grosseurs, des kystes, des grains de beauté, des polypes, etc. Oui☐ Non☐
   - (j) **Troubles psychiatriques ou psychologiques** tels que, mais sans s'y limiter, le trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH), les troubles du spectre autistique, la dépression, l'anxiété, le syndrome de fatigue chronique, des troubles du comportement alimentaire, les troubles obsessionnels-compulsifs, l'alcoolisme/la toxicomanie, etc. Oui☐ Non☐
   - (k) **Maladies ou problèmes respiratoires ou pulmonaires** tels que, mais sans s'y limiter, la maladie pulmonaire obstructive chronique, la sarcoïdose, de l'asthme, des bronchites, des sinusites, des essoufflements, des allergies, etc. Oui☐ Non☐
   - (l) **Maladies ou problèmes urologiques ou des organes reproducteurs** tels que, mais sans s'y limiter, des problèmes des reins ou des voies urinaires, des troubles du cycle menstruel, des problèmes de fécondité, des fibromes, l'endométriose, des problèmes de prostate, de testicule, etc. Oui☐ Non☐
   - (m) **Tout(e) autre problème, maladie, blessure ou accident** qui n'a pas encore été mentionné(e). Oui☐ Non☐

2. **Veuillez nous indiquer si vous ou vos ayants droit :**
   - (a) Consommez actuellement des médicaments prescrits, des médicaments en vente libre, des cachets ou recevez tout autre traitement. Oui☐ Non☐

(b) Devez prochainement faire l'objet d'un examen médical, avez été orienté pour des tests/examens, êtes dans l'attente de résultats de tests ou d'un traitement suite à un accident, une blessure, une maladie ou un problème. Oui☐ Non☐

(c) Avez fait l'objet de tests ou d'examens au cours des 10 dernière années qui ont indiqué la nécessité d'obtenir des conseils médicaux supplémentaires ou de recevoir des traitements, tels qu'une biopsie, une coloscopie, une colposcopie, une tomodensitométrie, une mammographie, une imagerie par résonance magnétique (IRM), un frottis cervico-utérin, un test de l'antigène prostatique spécifique, un échocardiogramme, une échographie, etc. Oui☐ Non☐

Veuillez ne pas divulguer les résultats de tests génétiques (ADN ou ARN). Ceux-ci ne sont pas requis pour la souscription médicale.

(d) Au cours des 2 dernières années, avez-vous ressenti des symptômes récurrents ou continus ou des problèmes médicaux qui ne sont PAS liés à une pathologie déjà mentionnée, tels que, mais sans s'y limiter : Oui☐ Non☐

- Fièvre (39,4°C / 103°F, ou plus) et toux continue
- Essouflements
- Enrouement
- Maux de tête intenses/continus
- Marque sur la peau ou grain de beauté qui a saigné, changé ou est devenu douloureux
- Picotements
- Vision floue ou double
- Perte de poids inattendue
- Saignements du rectum, changement d'habitude intestinale ou de fréquence urinaire
- Perte de sensation, convulsions, perte de conscience
- Saignements anormaux, etc.
- Douleurs / raideurs articulaires

(e) Au cours des 30 derniers jours, vous a-t-on recommandé de vous isoler ou avez-vous décidé de le faire ? Oui☐ Non☐

Veuillez répondre à la question 3 uniquement si vous choisissez une couverture dentaire

3. **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 parodontie ?** Oui☐ Non☐
   Si oui, veuillez remplir le questionnaire dentaire téléchargeable sur notre site Internet :
   www.allianzcare.com/fr/assurance-sante-internationale-pour-particuliers/formulaire-d-affiliation.html

Informations complémentaires pour les réponses « Oui »

Si vous avez répondu « Oui » aux questions 1, 2 ou 3 de la section « Déclaration de santé », veuillez fournir davantage de détails 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.

Numéro de la question	Nom de la personne affectée par la maladie	Diagnostic - Le cas échéant veuillez indiquer la partie du corps concernée (par ex. bras gauche, pied droit)	Date précise de l'apparition de la maladie	Fréquence et sévérité des symptômes et date des derniers symptômes	Examens, tests sanguins et rapports médicaux (veuillez inclure les dates, les résultats et le diagnostic)	Traitements passés et actuels (veuillez inclure le nom, le dosage et la fréquence d'usage des médicaments et indiquer la date de début des traitements, le nombre de fois où ils étaient nécessaires et la date de fin)	État actuel (par ex. toute complication, rétablissement complet, récurrent ou continu)

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 pour toutes les personnes indiquées dans ce bulletin.
S'il n'y a pas suffisamment d'espace, veuillez utiliser une page séparée.

7 Déclaration

Veuillez lire attentivement les déclarations suivantes et ne signer ci-dessous que si 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 Care 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.
- Je m'engage à informer immédiatement Allianz 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.
- J'accepte de renoncer à mes droits quant au secret médical ou confidentialité médicale en ce qui concerne tout dossier médical se rapportant à ma pathologie ou mon problème de santé, dans le cadre de cette demande de souscription. J'autorise Allianz Care à contrôler, si nécessaire, les déclarations concernant mon état de santé et à contrôler auprès d'autres assureurs santé toutes les déclarations effectuées pour le compte de contrats antérieurs ou actuels.
- Sous réserve de restrictions légales, Allianz Care (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 et j'accepte les conditions générales résumées dans le présent document et expliquées de manière plus détaillée dans mon guide des conditions générales.
  - 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, e-mail ou fax, 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. Si ces informations 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 du certificat d'assurance.
  - le fait que cette police d'assurance soit soumise aux conditions générales standard en vigueur au début ou au renouvellement de la police et détaillées dans le guide des conditions générales.
  - le fait que la couverture fournie par Allianz Care 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 (par ex. la Suisse).
  - qu'il est de ma responsabilité de vérifier si je dois me soumettre à une assurance santé locale obligatoire dans mon pays de résidence et je peux confirmer que ma couverture santé est conforme aux exigences légales.

En tant que souscripteur, je signe et date ce formulaire pour le compte de, et au nom de toute personne comprise dans cette demande.

Signature du souscripteur _____

Nom du souscripteur en lettres capitales

Date J J / M M / A A A A

8 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 sélectionner « Oui » et signer ci-dessous.

J'autorise INDIQUER LE NOM DU TITULAIRE DE LA POLICE

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 Care de l'annuler.

Signature de l'ayant droit 1

J J / M M / A A A A

Signature de l'ayant droit 2

J J / M M / A A A A

Signature de l'ayant droit 3

J J / M M / A A A A

9 Désignation du courtier (le cas échéant)

J'autorise INDIQUER LE NOM DU COURTIER

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 Care de l'annuler.

Note interne - nom et cachet de l'agent

Signature du souscripteur J J / M M / A A A A

Signature de l'ayant droit 1 J J / M M / A A A A

Signature de l'ayant droit 2 J J / M M / A A A A

Signature de l'ayant droit 3 J J / M M / A A A A

10 La protection de vos données personnelles est notre priorité

La manière dont nous protégeons votre vie privée est indiquée dans notre notice sur la protection des données. Il s'agit d'une notice importante qui indique la manière dont nous traitons vos données personnelles. Vous devez la consulter avant de nous transmettre vos données 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 plus d'informations sur la manière dont nous utilisons vos informations personnelles, vous pouvez nous contacter par e-mail à : **AP.EU1DataPrivacyOfficer@allianz.com**

11 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, l'ayant droit 1, l'ayant droit 2, l'ayant droit 3 donne :

indiquer le nom du souscripteur	indiquer le nom de l'ayant droit 1	indiquer le nom de l'ayant droit 2	indiquer le nom de l'ayant droit 3

1. **L'autorisation de recueillir, conserver et utiliser les données relatives à ma santé.** Allianz Care 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 Care 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.
2. **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 Care 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 publics. J'accepte de libérer de leurs obligations respectives tous les individus de ces institutions et Allianz Care 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.
3. **L'autorisation de partager mes données en dehors d'Allianz Care.** Allianz Care 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 Care. Je comprends qu'Allianz Care 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 Care 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 extérieurs au groupe Allianz qui fournissent certains services au nom d'Allianz Care, 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 Care 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 Care 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
     - pour 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 Care en envoyant un e-mail à AP.EU1DataPrivacyOfficer@allianz.com

Signature du souscripteur J J / M M / A A A A

Signature de l'ayant droit 1 J J / M M / A A A A

Signature de l'ayant droit 2 J J / M M / A A A A

Signature de l'ayant droit 3 J J / M M / A A A A

12 Préférences marketing

Je, le souscripteur, l'ayant droit 1, l'ayant droit 2, l'ayant droit 3 autorise l'assureur à recueillir, conserver et utiliser mes données personnelles pour me 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.

	Indiquer le nom du souscripteur	Indiquer le nom de l'ayant droit 1	Indiquer le nom de l'ayant droit 2	Indiquer le nom de l'ayant droit 3
Les informations envoyées par Allianz Care 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 Care 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	☐	☐	☐	☐

13 Informations sur le paiement

Vous n'avez pas besoin de remplir cette section si vous joignez une police collective existante et si votre employeur paie votre prime.

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

Devise de paiement

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

Euro	☐
Livre sterling (GBP)	☐
Franc suisse (CHF)	☐
Dollar US	☐

Le prélèvement automatique est disponible pour les paiements effectués en euro, livre sterling (GBP) et franc suisse (CHF) depuis des comptes basés dans l'UE. Le prélèvement automatique n'est pas disponible pour les paiements en dollar (USD).

Mode et fréquence de 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 et 5% pour un paiement mensuel.

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

	Annuel	Semestriel	Trimestriel	Mensuel
Prélèvement automatique* (Pour les paiements effectués en euro, livre sterling ou franc suisse depuis des comptes basés dans l'UE)	☐	☐	☐	☐
Carte	☐	☐	☐	☐
Virement bancaire	☐	☐	☐	Non disponible

* Si vous choisissez de payer par prélèvement automatique, veuillez remplir et envoyer le formulaire de prélèvement automatique disponible sur : **www.allianzworldwidecare.com/fr/particuliers/formulaire-d-affiliation/.** Veuillez également noter que si vous êtes membre d'une police collective et que vous désirez payer par prélèvement automatique, le paiement mensuel doit être sélectionné.

Merci de retourner ce formulaire dûment rempli par :

E-mail : underwriting@allianzworldwidecare.com

Fax : +353 1 629 7117

Courrier à : Allianz Care
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 : **+353 1 630 1303**

www.facebook.com/AllianzCare/
www.linkedin.com/company/allianz-care
www.youtube.com/c/allianzcare
www.instagram.com/allianzcare/
twitter.com/AllianzCare

FRM-APP-FMU-FR-0922

Ce document est une traduction française du document en anglais « Application Form for policies with full medical underwriting ». 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.
AWP Health & Life SA, agissant par l'intermédiaire de sa succursale irlandaise, est une société anonyme régie par le code des assurances. Enregistrée en France : No. 401 154 679 RCS Bobigny. Succursale irlandaise enregistrée auprès du bureau d'enregistrement des sociétés irlandaises (Irish Companies Registration Office), numéro d'enregistrement : 907619. Adresse : 15 Joyce Way, Park West Business Campus, Nangor Road, Dublin 12, Irlande. AWP Health & Life SA exerce sous les dénominations commerciales d'Allianz Care et Allianz Partners.

Paiement par carte

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

Carte : MasterCard ☐ VISA ☐ American Express ☐ JCB ☐ Diners Club ☐ Discover ☐

Nom du titulaire de la carte

Numéro de carte

Date d'expiration M M / A A

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 dans notre système, cette page sera détachée du bulletin et détruite pour des raisons de sécurité.

Autorisation de paiement par carte

J'autorise Allianz Care 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 Care. 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 J J / M M / A A A A