



BULLETIN D'ADHÉSION

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

VEUILLEZ REMPLIR CE FORMULAIRE 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

Comment remplir ce bulletin d'adhésion ?

- 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.
- 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.
- La section 7 doit être signée par le titulaire de la police et les sections 8 et 11 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 9 pour toute personne de moins de 18 ans.
- 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 : <https://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. M^{me} Autre Prénom

Nom

Date de naissance / / 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)

Veillez 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 commencement / /

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.

	Ayant droit 1	Ayant droit 2	Ayant droit 3
Lien de parenté avec le souscripteur	Conjoint/Partenaire <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/>	Conjoint/Partenaire <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/>	Conjoint/Partenaire <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/>
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
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"/>
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 COMMENCEMENT

Veuillez indiquer la date à laquelle vous souhaitez que votre couverture commence : 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

Vous pouvez choisir différentes formules pour chaque membre de la famille dans le cadre de la police, sous réserve des conditions indiquées ci-dessous. Assurez-vous de sélectionner, pour chaque personne à assurer, la couverture appropriée qui répond le mieux à vos besoins et à ceux de votre famille.

Formules Hospitalisation

Veuillez consulter le guide des conditions générales et le tableau des garanties pour obtenir des informations sur les différentes formules indiquées ci-dessous. Si vous sélectionnez la formule Care Pro pour toute personne associée à la police, vous devez sélectionner la formule Care Pro ou Care Plus pour toute autre personne associée à cette police. Vous ne pouvez pas sélectionner la formule Care.

	Souscripteur	Ayant droit 1	Ayant droit 2	Ayant droit 3
Care Pro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Care Plus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Care	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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 auriez raisonnablement pu connaître 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 commencement 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 faits 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.

6 DÉCLARATION DE SANTÉ

Veillez répondre aux questions suivantes en fonction de vos antécédents médicaux complets et ceux de vos ayants droit. Tous les faits importants (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-divulgaration 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	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> cm	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> cm	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> cm	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> cm
Poids	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> kg	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> kg	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> kg	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> kg
Avez-vous consommé une forme quelconque de tabac depuis un an ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Si oui, nombre de cigarettes par jour	<input type="text"/> <input type="text"/> /jour	<input type="text"/> <input type="text"/> /jour	<input type="text"/> <input type="text"/> /jour	<input type="text"/> <input type="text"/> /jour
Buvez-vous de l'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"/>
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 »)	<input type="text"/> <input type="text"/> /semaine	<input type="text"/> <input type="text"/> /semaine	<input type="text"/> <input type="text"/> /semaine	<input type="text"/> <input type="text"/> /semaine
Portez-vous des lunettes ou lentilles de contact ? Si oui, veuillez indiquer :	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"/>
• Blessure/maladie				
• Le nombre de dioptries pour chaque œil (apparaît sur l'ordonnance d'un opticien)	<input type="text"/> <input type="text"/> œil droit	<input type="text"/> <input type="text"/> œil droit	<input type="text"/> <input type="text"/> œil droit	<input type="text"/> <input type="text"/> œil droit
	<input type="text"/> <input type="text"/> œil gauche	<input type="text"/> <input type="text"/> œil gauche	<input type="text"/> <input type="text"/> œil gauche	<input type="text"/> <input type="text"/> 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 qu'une attaque cardiaque, la maladie coronarienne, 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 problèmes dermatologiques** tels que le psoriasis, une dermatite, de l'eczéma, une allergie, de l'acné, etc. Oui Non
- (c) **Maladies ou problèmes endocriniens** tels que le diabète, 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 la cataracte, le glaucome, une perte d'audition, des problèmes aux sinus ou des amygdales, adénoïdes, etc. Oui Non
- (e) **Maladies ou problèmes gastro-intestinaux** tels que 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 les hépatites A, B, ou C, l'herpès, le VIH, le paludisme, la méningite, des infections du sang, des maladies sexuellement transmissibles, etc. Oui Non
- (g) **Maladies ou problèmes musculaires ou squelettiques** tels que des douleurs au niveau du cou, du dos ou des articulations, de l'arthrite, une paralysie, le remplacement d'une articulation ou des problèmes de ligaments ou de cartilage, etc. Oui Non
- (h) **Maladies ou problèmes neurologiques** tels qu'un AVC, la sclérose en plaques, l'épilepsie, les troubles neurodégénératifs, les convulsions, les migraines, la maladie d'Alzheimer ou d'autres formes de démence, etc. Oui Non
- (i) **Maladies ou problèmes oncologiques** tels qu'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) **Maladies ou problèmes psychiatriques ou psychologiques** tels que la dépression, l'anxiété, le syndrome de fatigue chronique, des troubles du comportement alimentaire, l'alcoolisme/la toxicomanie, etc. Oui Non


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 fautive, 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 commencement 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 bulletin pour le compte de, et au nom de toute personne comprise dans cette demande.



 Signature du souscripteur

Nom du souscripteur en lettres capitales

Date

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.



Oui Non

Oui Non

Oui Non

 Signature de l'ayant droit 1

 Signature de l'ayant droit 2

 Signature de l'ayant droit 3

9 DÉSIGNATION DU COURTIER

Le cas échéant.

J'autorise

INDIQUER LE NOM DU COURTIER

Note interne - nom et cochet de l'agent

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 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 pourrions 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 :

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 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 tarifier 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.
- 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.
- 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 contractuelles 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 à Allianz Group 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.

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 Care sur ses produits et services, y compris des informations sur les dernières promotions et sur les nouveaux produits et services.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

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.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

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.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Ces communications se feront par :

E-mail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Notifications de l'application	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Téléphone	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Courrier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

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

Euro	<input type="checkbox"/>
Livre sterling (GBP)	<input type="checkbox"/>
Franc suisse (CHF)	<input type="checkbox"/>
Dollar US	<input type="checkbox"/>

Le prélèvement automatique est disponible pour les paiements en euro, livre sterling (GBP) et franc suisse (CHF). 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.

Veillez cocher la fréquence et le mode de paiement :

	Annuel	Semestriel	Trimestriel	Mensuel
Prélèvement automatique* (Pour les paiements en euro, livre sterling ou franc suisse)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Carte de crédit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chèque	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Non disponible
Virement bancaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Non disponible

*Si vous choisissez de payer par prélèvement automatique, veuillez remplir et envoyer le formulaire de prélèvement automatique disponible sur :


www.allianzcare.com/fr/assurance-sante-internationale-pour-particuliers/formulaire-d-affiliation.html

Veillez 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

AWP Health & Life SA, agissant par l'intermédiaire de sa succursale irlandaise, est une société anonyme régie par le code des assurances. 401 154 679 RCS Bobigny, France. 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 DE CRÉDIT

Si vous choisissez de payer par carte de crédit, 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 /

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 bulletin et détruite pour des raisons de sécurité.

Autorisation de paiement par carte de crédit

J'autorise Allianz Care à débiter sur ma carte de crédit la prime de mon assurance santé. Je comprends que je serai informé 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 de toute modification de la prime dans un délai d'un mois avant sa mise en application.

 Signature du titulaire de la carte Date / /