

Care

Couvertures santé internationales pour vous et votre famille

Bulletin d'adhésion

Pour les polices avec moratoire

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

Avant de commencer, veuillez noter que :

- vous devez remplir le bulletin d'adhésion dans son intégralité et nous communiquer toutes les informations pertinentes ;
- si vous choisissez de remplir ce formulaire en version imprimée, VEUILLEZ LE REMPLIR EN LETTRES CAPITALES ;
- dans la section « Autorisations » sur la page 11 :
 - 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 7 et 10. Conformément aux Règlementations générales sur la protection des données, nous ne pourrions 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 8.

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 an.

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.

Seuls les souscripteurs de moins de 65 ans verront leur demande de souscription considérée.

Informations sur le souscripteur

M.		Mme.		Autre			
Prénom							
Nom							
Date de naissance		J J / M M / A A A A		Genre à la naissance		Masculin	Féminin
Poids		kg		Taille		cm	
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)							
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)							

Informations sur toute assurance santé nationale ou internationale actuelle :

Nom de l'assureur	
Numéro de police	Date de début JJ / MM / AAAA

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

Français Anglais Allemand Espagnol Italien Portugais

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 18 ans, ou de moins de 26 ans s’il poursuit des études à temps plein. Si votre enfant a entre 18 et 25 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 65 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. Veuillez également à ce que toute Déclaration et tout Accord soit daté(e) et signé(e).

	Ayant droit 1		Ayant droit 2		Ayant droit 3	
Lien de parenté avec le souscripteur	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	
Genre à la naissance	Masculin	Féminin	Masculin	Féminin	Masculin	Féminin
Taille	cm		cm		cm	
Poids	kg		kg		kg	
Profession (obligatoire - si vous êtes étudiant, veuillez l’indiquer ici)						
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 actuelle						
Nom de l’assureur actuel (le cas échéant)						
Numéro de police actuel (le cas échéant)						

3. Date de début de votre couverture

À partir de quelle date souhaitez-vous être couvert ?

Date J J / M M / A A A A

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.

4. Détails de votre couverture

Sélectionnez 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 Europe

Veillez ensuite 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 Base Care Enhanced Care Signature

Sélectionnez vos formules facultatives

Formules Médecine courante

Vous pouvez sélectionner une formule Médecine courante avec la formule Hospitalisation correspondante. Par exemple, si vous avez sélectionné la formule Hospitalisation Care Signature, vous pouvez uniquement sélectionner la formule Médecine courante Care Signature. **Vous ne pouvez pas acheter une formule Médecine courante séparément.**

Care Base Care Enhanced Care Signature

Formules Dentaires

Vous pouvez sélectionner une formule Dentaire avec la formule Hospitalisation correspondante. Par exemple, si vous avez sélectionné la formule Hospitalisation Care Signature, vous pouvez uniquement sélectionner la formule Dentaire Care Signature. **Vous ne pouvez pas acheter une formule Dentaire séparément.**

Care Base Care Enhanced Care Signature

Sélectionnez la franchise de votre formule Hospitalisation

Pour réduire la cotisation de votre formule Hospitalisation, vous pouvez sélectionner une franchise facultative dans la liste ci-dessous. Reportez-vous ensuite à la colonne de droite pour connaître la remise sur prime correspondante. Vous pouvez sélectionner une franchise applicable à la formule Hospitalisation ET/OU une franchise applicable à la formule Médecine courante. 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 sur la prime
Aucune franchise	0 %
830 £ / 1 000 € / 1 350 \$ US / 1 300 CHF	10 %
2 490 £ / 3 000 € / 4 050 \$ US / 3 900 CHF	20 %
4 980 £ / 6 000 € / 8 100 \$ US / 7 800 CHF	30 %

Sélectionnez la franchise de votre formule Médecine courante

Pour réduire la cotisation de votre formule Médecine courante, vous pouvez sélectionner une franchise facultative dans la liste ci-dessous. Reportez-vous ensuite à la colonne de droite pour connaître la remise sur prime correspondante. Vous pouvez sélectionner une franchise applicable à la formule Médecine courante ET/OU une franchise applicable à la formule Hospitalisation. 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 Médecine courante	Remise sur la prime
Aucune franchise	0 %
208 £ / 250 € / 338 \$ US / 325 CHF	10 %
457 £ / 550 € / 743 \$ US / 715 CHF	20 %
705 £ / 850 € / 1 148 \$ US / 1 105 CHF	30 %

5. Conditions de souscription médicale disponibles

Souscription médicale moratoire

Vous ne serez pas immédiatement couvert(e) pour les pathologies médicales préexistantes sous une police avec moratoire.

Une souscription médicale avec moratoire signifie qu'un délai de carence de 24 mois s'applique avant que les demandes de remboursement pour les pathologies médicales préexistantes ne puissent être acceptées.

Vos soins ne seront pas remboursés s'ils sont liés à une pathologie médicale préexistante et si l'un ou plusieurs des éléments suivants se sont manifestés au cours des 24 mois précédant votre date de début (ou la date indiquée sur votre certificat d'assurance) :

- Il était raisonnablement prévisible que la pathologie médicale surviendrait après votre date de début.
- La pathologie s'est clairement manifestée en présentant des signes ou des symptômes, en nécessitant un traitement, des analyses ou des médicaments.
- Vous aviez connaissance du fait que vous étiez atteint(e) de cette pathologie.

Une fois que vous aurez complété une période de 24 mois consécutifs après la date à laquelle vous nous avez rejoint, nous pourrions couvrir votre pathologie préexistante, à condition que vous n'ayez pas ressenti de symptômes, n'ayez pas eu besoin ou n'ayez pas reçu de traitement, de médicaments, de régime spécial ou de conseils, ou n'ayez pas présenté d'autres signes de la pathologie.

Si vous avez ressenti des symptômes, eu besoin de ou reçu un traitement, des médicaments, suivi un régime alimentaire particulier ou des conseils ou d'autres indications pour toute pathologie pendant le délai de carence de 24 mois, le délai de carence recommencera pour cette pathologie (moratoire continu).

6. Déclaration

Veillez lire attentivement les déclarations suivantes. 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. 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 matérielles peut rendre cette assurance nulle et non avenue, conformément à la législation en vigueur.
- J'accepte de renoncer à mes droits quant au secret médical ou à la confidentialité médicale en ce qui concerne tout dossier médical, dans le cadre de cette demande de souscription. J'autorise Allianz 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 (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 relatives aux pathologies préexistantes et aux conditions générales du moratoire ;
 - j'ai reçu, lu et compris le document d'information sur le produit d'assurance. le guide des conditions générales et le tableau 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 début 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 ;
 - 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.

7. 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.

8. 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.

9. 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.

10. 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 :

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
• 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 tarifier 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

11. 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.

Souscripteur	Ayant droit 1	Ayant droit 2	Ayant droit 3
Nom			
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			

12. Autorisations

Veillez indiquer la section pour laquelle vous donnez votre accord

6	Déclaration**	
7	Désignation du titulaire de la police	
8	Désignation du courtier (le cas échéant)	Nom du courtier
9	Vos données personnelles**	
10	Accord concernant la divulgation des données**	
11	Préférences marketing	

Signatures

Le souscripteur et chaque ayant droit mentionné âgé de plus de 18 ans doit 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
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

** 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.

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 (EUR)

Livre sterling (GBP)

Franc suisse (CHF)

Dollar US (USD)

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

Mode et fréquence de paiement

Les paiements sont soumis aux frais administratifs supplémentaires suivants : 0 % pour les paiements annuels, 3 % pour les paiements semestriels, 4 % pour les paiements trimestriels et 5 % pour les paiements mensuels.

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 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.

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 la carte

Date d’expiration

MM / AAAA

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 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 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

Date

JJ / MM / AAAA

Merci de retourner ce formulaire dûment rempli par :

@ E-mail à : 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 +353 1 630 1303

 www.facebook.com/AllianzCare

 www.instagram.com/allianzcare/

 www.linkedin.com/company/allianz-care

 x.com/AllianzCare

 www.youtube.com/c/allianzcare

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.

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.