

Bulletin d'adhésion

Pour les polices avec un moratoire

Avant de commencer, veuillez noter que :

- 1) si vous choisissez de remplir ce formulaire en version imprimée, **VEUILLEZ LE REMPLIR EN LETTRES CAPITALES** ;
- 2) vous devez remplir le bulletin d'adhésion dans son intégralité et nous communiquer toutes les informations pertinentes ;
- 3) dans la section « **Autorisations** » sur la page 5 :
 - 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 la section 9. Conformément aux réglementations générales sur la protection des données, nous ne pourrions pas traiter votre demande sans ces signatures. Un parent ou tuteur légal devra remplir cette section pour toute personne de moins de 18 ans ;
 - tous les souscripteurs adultes qui souhaitent désigner le titulaire de la police ou le courtier comme le point de contact principal de cette police doivent donner leur accord tel que détaillé dans les sections 6 et 7.

Quelques points à clarifier :

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

Pays d'origine : pays pour lequel vous (ou vos ayants droit, le cas échéant) possédez un passeport en cours de validité ou pays de résidence principal.

Pays de résidence principal : pays dans lequel vous et vos ayants droit (le cas échéant) vivez pendant plus de six mois par année d'assurance.

Remplissez-vous ce formulaire pour rejoindre une police d'entreprise existante ? Veuillez préciser :

Le nom du groupe

Le numéro de groupe

Si vous êtes déjà affilié à la police de votre entreprise et que vous souhaitez ajouter un nouvel ayant droit, veuillez indiquer votre numéro de police :

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 continuer à recevoir la correspondance qui vous est destinée.

Seuls les souscripteurs de moins de 76 ans verront leur demande de souscription considérée.

M. M^{me} Autre Prénom
Nom
Date de naissance (JJ/MM/AAAA) / / Genre à la naissance : Masculin Féminin
Taille cm Poids kg
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 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. 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 (JJ/MM/AAAA)	/ /	/ /	/ /
Genre à la naissance	Masculin Féminin	Masculin Féminin	Masculin Féminin
Taille	cm	cm	cm
Poids	kg	kg	kg
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 actuelle

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

3 Date de début de votre couverture

A partir de quelle date souhaitez-vous être couvert (JJ/MM/AAAA)? / /

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 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).

5 Déclaration

Veuillez 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 médicales 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 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, 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 ;
 - 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.

6 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 mentionnés 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.

7 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.

8 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

9 Accord concernant la divulgation des données

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

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

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

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

- **L'autorisation de recueillir, conserver et utiliser les données relatives à ma santé.** Allianz pourra recueillir, conserver et utiliser les données relatives à ma santé dans le cadre de la gestion de la police (pour m'envoyer un devis d'assurance, pour 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

10 Préférences marketing

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

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

Les informations envoyées par Allianz sur ses produits et services, y compris des informations sur les dernières promotions et sur les nouveaux produits et services.

--	--	--	--

Les informations envoyées par d'autres compagnies du groupe Allianz sur leurs produits et services. Je comprends qu'à ces fins, vous devrez leur communiquer mes coordonnées.

--	--	--	--

Les informations envoyées directement par les partenaires d'Allianz sur leurs produits et services. Je comprends qu'à ces fins, vous devrez leur communiquer mes coordonnées.

--	--	--	--

Ces communications se feront par :

E-mail				
Notifications de l'application				
Téléphone				
Courrier				

11 Autorisations

Veuillez indiquer la section pour laquelle vous donnez votre accord.

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

Nom du courtier :

Signatures

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

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

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

12 Informations sur le paiement

Vous n'avez pas besoin de remplir cette section 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)	
Dollar US (USD)	

Le prélèvement automatique est disponible pour les paiements effectués en euro depuis des comptes basés dans l'UE, mais pas pour les paiements effectués en livre sterling (GBP) ou en dollar américain (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)	Non disponible	Non disponible	Non disponible	
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.allianzcare.com/fr/assurance-sante-internationale-pour-particuliers/formulaire-d-affiliation.html

Païement 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/AA) /

Cryptogramme visuel

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

Après l'enregistrement des données de la carte 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 du titulaire de la carte Date (JJ/MM/AAAA) / /

Merci de retourner ce formulaire dûment rempli par :

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

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