

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

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** ;
- 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 ;
- le titulaire de la police doit signer la section 7 ;
- tous les souscripteurs adultes doivent signer les sections 8 et 11. Conformément au Règlement général européen sur la protection des données (RGPD), 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 signer la section 9.

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.

Veillez sélectionner les conditions de souscription de votre police en cochant la case appropriée ci-dessous :

Conditions du moratoire*

Conditions de la souscription médicale complète**

* Conditions du moratoire

Il s'agit d'un délai de carence de 24 mois à partir de la date de début ou de la date indiquée dans la section conditions particulières du certificat d'assurance. Ce délai doit être passé avant que des demandes de remboursement pour une pathologie préexistante ne puissent être acceptées sous la couverture.

Cela comprend la condition de souscription médicale appelée MEMP/MCT (auparavant moratoire). Une fois que les personnes assurées ont complété une période de 24 mois consécutifs après la date de début de leur couverture, leur pathologie préexistante peut être couverte, à condition qu'elles n'aient pas ressenti de symptômes, n'aient pas eu besoin ou n'aient pas reçu de traitement, de médicaments, de régime spécial ou de conseils, ou n'aient pas présenté d'autres signes de la pathologie.

** Conditions de la souscription médicale complète

Il s'agit de l'évaluation du risque d'assurance basée sur les informations que vous nous communiquez lors de votre demande d'adhésion. Notre équipe des souscriptions utilise ces informations pour définir les conditions de notre offre.

Si vous souscrivez une police avec un moratoire, la section ci-dessous ne s'applique pas à vous. Vous pouvez passer à la page suivante.

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

Nom du groupe

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 :

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 formulaire.

Autorisation d'automatiser la décision de 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 reconsidérons 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@e.allianz.com

Ce qu'il va se passer ensuite :

- 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 une personne souhaitant souscrire une couverture reçoit actuellement un traitement dentaire, veuillez également remplir un questionnaire dentaire. Le questionnaire peut être téléchargé depuis notre site web : www.allianzcare.com/fr/assurance-sante-internationale-pour-particuliers/formulaire-d-affiliation.html

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.

Pour les polices soumises à une souscription médicale complète, seuls les souscripteurs de moins de 76 ans verront leur demande de souscription considérée. Pour les polices avec un moratoire, seuls les souscripteurs de moins de 65 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

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. Pour les polices soumises à une souscription médicale complète, seuls les adultes ayants droit de moins de 76 ans verront leur demande de souscription considérée. Pour les polices avec un moratoire, 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 <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
Genre à la naissance	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 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 ? 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 (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
Souscripteur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Si vous sélectionnez Care, cette formule Hospitalisation et toute autre formule facultative que vous sélectionnez s'appliqueront à toutes les personnes incluses sous votre police.
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.			
Ayant droit 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ayant droit 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ayant droit 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Choisissez une quote-part applicable à la formule Médecine courante

Vous pouvez choisir 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 <input type="checkbox"/>	0 % de remise sur la prime
Quote-part de 10 %, 1 255 £/ 1 480 €/ 2 000 \$ US/ 1 925 CHF max. <input type="checkbox"/>	12 % de remise sur la prime
Quote-part de 20 %, 2 461 £/ 2 962 €/ 4 000 \$ US/ 3 861 CHF max. <input type="checkbox"/>	24 % de remise sur la prime
Quote-part de 30 %, 3 076 £/ 3 705 €/ 5 000 \$ US/ 4 815 CHF max. <input type="checkbox"/>	35 % de remise sur la prime

5 Pathologies médicales préexistantes

Si vous souscrivez une police soumise à une souscription médicale complète :

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 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 le bulletin d'adhésion et les échéances suivantes (la plus récente prévaut) :

- 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.

Si vous souscrivez une police faisant l'objet d'un moratoire :

Puisque vous effectuez une demande d'adhésion pour une police avec moratoire, nous souhaitons clarifier les conditions et les procédures qui s'appliquent à votre couverture avec moratoire. Veuillez à lire la définition ci-dessous qui résume comment le moratoire fonctionne. Les conditions générales sont détaillées dans leur intégralité dans le guide des conditions générales.

Le moratoire est un délai de carence de 24 mois à partir de votre date de début ou de la date indiquée dans la section conditions particulières de votre certificat d'assurance. Ce délai doit être passé avant que des demandes de remboursement pour une pathologie préexistante ne puissent être acceptées sous la couverture.

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 ;
- vous avez présenté des signes ou des symptômes de la pathologie ;
- vous avez demandé conseil au sujet de cette pathologie ;
- vous avez reçu un traitement/des soins pour cette pathologie ;
- 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.

6 Votre santé

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

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

	Souscripteur	Ayant droit 1	Ayant droit 2	Ayant droit 3
Taille	<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
Remarque : vous n'avez pas besoin de remplir le reste de cette section 6 si vous souscrivez une police avec un moratoire. Vous pouvez passer directement à la section 7.				
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 <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> <input type="text"/> / jour	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> <input type="text"/> / jour	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> <input type="text"/> / jour	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> <input type="text"/> / 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 « Non »)	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> <input type="text"/> / semaine	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> <input type="text"/> / semaine	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> <input type="text"/> / semaine	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> <input type="text"/> / semaine

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 troubles cardiaques ou cardiovasculaires** tels que, mais sans s'y limiter, une attaque cardiaque, une 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 troubles 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 détachée, une perte d'audition, des otites, des problèmes aux sinus, une amygdalite, une adénoïdite, la myopie avec des dioptries supérieures à -6, etc. Oui Non
- e) **Maladies ou troubles 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 troubles 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 et/ou de cartilage, le syndrome du canal carpien, etc. Oui Non
- h) **Maladies ou troubles 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'endométriome, des problèmes de prostate, de testicule, etc. Oui Non
- m) **Maladies ou malformations congénitales présentes avant ou à la naissance**, telles que, mais sans s'y limiter, l'hyperplasie congénitale des surrénales, la mucoviscidose, la trisomie 21, l'hémophilie, des malformations cardiaques, la maladie de Huntington, le syndrome de Klinefelter, le syndrome de Marfan, des malformations ou le spina bifida. Oui Non
- Veillez ne pas divulguer les résultats de tests génétiques (ADN ou ARN). Ceux-ci ne sont pas requis pour la procédure de souscription médicale.
- n) **Tout(e) autre problème, maladie, blessure ou accident** qui n'a pas encore été mentionné(e). Oui Non

Veillez nous indiquer si vous ou vos ayants droit :

- o) Consommez actuellement des médicaments prescrits, des médicaments en vente libre, des cachets ou recevez tout autre traitement. Oui Non
- p) 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

q) Avez fait l'objet de tests ou d'exams au cours des 10 dernières 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

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

r) Avez ressenti au cours des deux dernières années 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/ou toux continue
- Essoufflements
- Enrouement
- Maux de tête intenses/continus
- Grain de beauté ou marque sur la peau qui a saigné, changé ou est devenu douloureux
- Picotements
- Vision floue ou double
- Perte de poids inattendue
- Saignement du rectum, changement d'habitude intestinale ou de fréquence urinaire
- Perte de sensation, convulsions, perte de conscience
- Saignement anormal
- Douleurs / raideurs articulaires etc.

s) Avez décidé de vous isoler ou il vous a été recommandé de le faire au cours des 30 derniers jours.

Oui Non

Veillez répondre à la question suivante uniquement si vous choisissez une couverture dentaire.

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

Oui Non

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 à une partie des questions a) à t) ci-dessus, veuillez fournir plus d'informations dans le tableau ci-dessous. **Veillez 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	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.


9 Désignation du courtier (le cas échéant)

J'autorise


INDIQUER LE NOM DU COURTIER

Note interne - nom et cachet 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 J / M M / A A A A

 Signature de l'ayant droit 1

J J J / M M / A A A A

 Signature de l'ayant droit 2

J J J / M M / A A A A

 Signature de l'ayant droit 3

J J J / M M / A A A A

10 Vos données personnelles

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), et les ayants droit nommés ci-dessous, 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 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 externes 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 J / M M / A A A A

 Signature de l'ayant droit 1

J J J / M M / A A A A

 Signature de l'ayant droit 2

J J J / M M / A A A A

 Signature de l'ayant droit 3

J J J / M M / A A A A

12 Préférences marketing

Je, (le souscripteur), et mes ayants droit autorisons l'assureur 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 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 effectués en euro depuis des comptes basés dans l'UE, mais pas pour les paiements effectués en livre sterling (GBP), en franc suisse (CHF) ou en dollar américain (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 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)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Carte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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. 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 à : underwriting@e.allianz.com

🏠 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/

 x.com/AllianzCare

 www.tiktok.com/@allianzcare