

Formulaire de déclaration pour les affiliés à une police collective

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

Avant de commencer, veuillez noter que :

- vous devez remplir ce formulaire dans son intégralité et nous communiquer toutes les informations pertinentes ;
- le titulaire de la police doit signer la section 4 ;
- tous les souscripteurs adultes doivent signer la section 7. 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 cette section pour toute personne de moins de 18 ans.

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.

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.

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)

Informations sur toute assurance santé nationale ou internationale actuelle :

Nom de l'assureur

Numéro de police Date de début / /

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. S'il n'y a pas suffisamment de place pour tous vos ayants droit, veuillez utiliser un autre formulaire de déclaration. Veuillez également à ce que toutes les sections de déclaration et de consentement soient datées et signées.

	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 actuelle

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

3 Votre santé

- a) Avez-vous ou l'un de vos ayants droit déjà eu des antécédents de cancer (y compris des tumeurs cérébrales bénignes), de pathologie cardiaque, d'AVC, de prothèses articulaires, de maladie psychiatrique ou mentale ? Oui Non
- b) Au cours de 12 derniers mois, avez-vous ou l'un de vos ayants droit remarqué des signes ou souffert de symptômes qui pourraient nécessiter une consultation chez un professionnel de santé ou êtes-vous ou l'un de vos ayants droit dans l'attente d'examen, de traitement, ou d'analyses pour tout problème de santé actuel ou passé ? Oui Non
- c) Souffrez-vous ou l'un de vos ayants droit de toute pathologie de longue durée, continue ou chronique qui nécessite des rendez-vous réguliers, des examens ou un traitement ? Oui Non
- d) Si votre couverture comprend une formule maternité, êtes-vous ou l'une de vos ayants droit actuellement enceinte ? Oui Non
- e) Au cours des deux dernières années, avez-vous ou l'un de vos ayants droit mentionné sur ce bulletin d'adhésion eu des problèmes ou des soucis de santé qui ne sont pas abordés dans les questions a) à d) ci-dessus ? Oui Non

Informations complémentaires pour les réponses « Oui »

Si vous avez répondu Oui à une partie des questions a) à e), veuillez fournir plus d'informations dans le tableau ci-dessous. Veuillez indiquer si un rétablissement complet a été fait ou si vous ou vos ayants droit souffrez de maladies ou pathologies médicales liées à ou découlant du diagnostic initial.

Veuillez joindre les documents médicaux justificatifs et les résultats des tests les plus récents, si possible.

Nom de la personne concernée et numéro de la question	Poids et taille de la personne	Cette personne fume-t-elle ?	Symptôme et/ou pathologie médicale, y compris la date à laquelle il/elle s'est manifesté(e).	Quel traitement, médicament ou régime particulier vous a été prescrit ? Veuillez indiquer les dates et préciser le nom des médicaments et la posologie.	Quels consultations de suivi, analyses, examens médicaux ou interventions sont nécessaires ou ont été recommandés ?	Souffrez-vous toujours de cette pathologie médicale ou de ce symptôme ?	Quelle est la date à laquelle vous avez consulté un professionnel de santé au sujet de cette pathologie ou de ce symptôme pour la dernière fois ?
Nom : Question :	<input type="text"/> kg <input type="text"/> cm	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	J J / M M / A A A A				J J / M M / A A A A

Nom de la personne concernée et numéro de la question	Poids et taille de la personne	Cette personne fume-t-elle ?	Symptôme et/ou pathologie médicale, y compris la date à laquelle il/elle s'est manifesté(e).	Quel traitement, médicament ou régime particulier vous a été prescrit ? Veuillez indiquer les dates et préciser le nom des médicaments et la posologie.	Quels consultations de suivi, analyses, examens médicaux ou interventions sont nécessaires ou ont été recommandés ?	Souffrez-vous toujours de cette pathologie médicale ou de ce symptôme ?	Quelle est la date à laquelle vous avez consulté un professionnel de santé au sujet de cette pathologie ou de ce symptôme pour la dernière fois ?
Nom : _____ Question : _____	<input type="text"/> kg <input type="text"/> cm	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>				<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
Nom : _____ Question : _____	<input type="text"/> kg <input type="text"/> cm	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>				<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
Nom : _____ Question : _____	<input type="text"/> kg <input type="text"/> cm	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>				<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>


S'il n'y a pas suffisamment d'espace dans le tableau ci-dessus, veuillez continuer sur une autre copie de ce formulaire.

4 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. 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.
- J'accepte de renoncer à mes droits quant au secret médical ou à la 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 qu'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 formulaire.
- 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 en vigueur au début ou au renouvellement de la police et détaillées dans le guide des conditions générales ;
 - le fait que la couverture fournie par Allianz Care ne soit pas disponible si mes ayants droit et moi-même sommes ou devenons résidents de pays où des exigences obligatoires en matière d'assurance santé sont en place (par ex. la Suisse) ;
 - qu'il est de ma responsabilité de vérifier si je dois me soumettre à une assurance santé locale obligatoire dans mon pays de résidence et je peux confirmer que ma couverture santé est conforme aux exigences légales.

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

 Signature du souscripteur _____

Nom du souscripteur en lettres majuscules

Date / /

5 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 signer ci-dessous.


J'autorise

INDIQUER LE NOM DU TITULAIRE DE LA POLICE


à agir en mon nom en ce qui concerne la gestion de cette police. Cela peut inclure la communication d'informations médicales confidentielles. Cette autorisation est valide tant que je n'aurai pas demandé par écrit à Allianz Care de l'annuler.

 Signature de l'ayant droit 1

J J / M M / A A A A

 Signature de l'ayant droit 2

J J / M M / A A A A

 Signature de l'ayant droit 3

J J / M M / A A A A

6 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

7 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 / 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

8 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"/>

Merci de retourner ce formulaire dûment rempli par :

@ E-mail : underwriting@e.allianz.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 de déclaration pour les affiliés à une police collective ou sur le processus de souscription au :
+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

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. AWP Health & Life SA exerce sous les dénominations commerciales d'Allianz Care et Allianz Partners.