

Assurances Santé Internationales au 1^{er} Euro ou en Complément CFE

INDIGO EXPAT™ - 2017



- L'assurance santé internationale exclusivement pour les particuliers expatriés
- de nationalité belge, française, hollandaise, luxembourgeoise, monégasque ou suisse,
 - résidant en Belgique, en France, au Luxembourg, à Monaco ou aux Pays-Bas.



AWP Health & Life, régie par l'Autorité de Contrôle Prudentiel située au 61, rue Taitbout, 75436 Paris Cedex 09, France. AWP Health & Life SA, agissant par l'intermédiaire de sa succursale irlandaise, est une société anonyme régie par le Code des assurances. No. 401 154 679 RCS Nanterre. 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 la dénomination commerciale d'Allianz Worldwide Care. Indigo Expat™ est un produit conçu et piloté par A&C Moncey, distribué en exclusivité par A&C Moncey et ses partenaires agréés.

update/28nov16

Bulletin d'Adhésion Indigo Expat

Veillez compléter ce formulaire en LETTRES CAPITALES et cocher les cases qui conviennent pour demander votre souscription à l'une de nos couvertures Indigo Expat.

Si vous ajoutez un nouvel ayant droit, veuillez indiquer votre numéro de police actuel _____

Nom de Groupe (si contrat collectif existant) _____

Numéro de Groupe (si contrat collectif existant) _____

Lorsque les mots et expressions suivants apparaissent dans ce formulaire, ils auront les significations définies ci-dessous

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

Pays de résidence principal : pays dans lequel vous (ou vos ayants droits, le cas échéant) vivez pendant plus de six mois par an.

1. Informations sur le souscripteur

Vous devez nous prévenir de tout changement de coordonnées afin de recevoir la correspondance qui vous est destinée. Seules les personnes de moins de 70 ans verront leur demande de souscription considérée.

M. Mme Autre _____ Prénom _____

Nom de famille _____

Date de naissance (jj/mm/aa) _____ 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 email (obligatoire – en lettres capitales) _____

Profession (obligatoire – si étudiant, veuillez l'indiquer) _____

Veillez indiquer la langue dans laquelle vous souhaitez recevoir vos documents contractuels :

Français Anglais

Information sur toute assurance santé actuelle nationale ou internationale:

Etes-vous affilié ou en cours d'affiliation à

la Caisse des Français de l'Etranger (CFE) : Oui Non

l'Office des Régimes Particuliers de Sécurité Sociale (ORPSS) : Oui Non

Numéro de Sécurité Sociale ou CFE _____

Veillez indiquer si vous avez souscrit une police d'assurance santé auprès d'un assureur privé :

Nom de l'assureur _____

Numéro de police _____ Date de début (jj/mm/aa) _____

2. Ayants droits à ajouter au contrat

Les ayants droits correspondent au conjoint/partenaire et/ou tout enfant dépendant financièrement du souscripteur et âgé de moins de 18 ans, ou de moins de 24 ans s'il poursuit des études à temps plein. Pour l'enfant de plus de 18 ans, veuillez joindre un certificat de scolarité ou une carte d'étudiant. La demande de tout ayant droit adulte sera considérée s'ils ont moins de 70 ans. S'il n'y a pas suffisamment d'espace pour tous les ayants droit, veuillez utiliser un autre Bulletin d'Adhésion.

Ayant droit 1:

Lien de parenté avec le souscripteur: _____ Conjoint Enfant

M. Mme Autre _____ Prénom _____

Nom de famille _____

Date de naissance (jj/mm/aa) _____ Sexe Masculin Féminin

Profession (obligatoire ; si étudiant, veuillez l'indiquer) _____

Pays d'origine _____

Pays de résidence _____

principal _____

Nationalité _____

Informations sur toute assurance santé actuelle nationale ou internationale:

Nom de l'assureur _____

Numéro de police _____ Date de début (jj/mm/aa) _____

S'il s'agit de l'époux ou l'épouse, indiquez son numéro de sécurité sociale / CFE _____

Ayant droit 2:

Lien de parenté avec le souscripteur: _____ Conjoint Enfant

M. Mme Autre _____ Prénom _____

Nom de famille _____

Date de naissance (jj/mm/aa) _____ Sexe Masculin Féminin

Profession (obligatoire ; si, veuillez l'indiquer) _____

Pays d'origine _____

Pays de résidence _____

principal _____

Nationalité _____

Informations sur toute assurance santé actuelle nationale ou internationale:

Nom de l'assureur _____

Numéro de police _____ Date de début (jj/mm/aa) _____

S'il s'agit de l'époux ou l'épouse, indiquez son numéro de sécurité sociale / CFE _____

Ayant droit 3:

Lien de parenté avec le souscripteur: _____ Conjoint Enfant

M. Mme Autre _____ Prénom _____

Nom de famille _____

Date de naissance (jj/mm/aa) _____ Sexe Masculin Féminin

Profession (obligatoire ; si, veuillez l'indiquer) _____

Pays d'origine _____

Pays de résidence _____

principal _____

Nationalité _____

Informations sur toute assurance santé actuelle nationale ou internationale:

Nom de l'assureur _____

Numéro de police _____ Date de début (jj/mm/aa) _____

Ayant droit 4:

Lien de parenté avec le souscripteur: _____ Conjoint Enfant
M. Mme Autre _____ Prénom _____
Nom de famille _____
Date de naissance (jj/mm/aa) _____ Sexe _____ Masculin Féminin
Profession (obligatoire ; si, veuillez l'indiquer) _____
Pays d'origine _____
Pays de résidence principal _____
Nationalité _____

Informations sur toute assurance santé actuelle nationale ou internationale:

Nom de l'assureur _____
Numéro de police _____ Date de début (jj/mm/aa) _____

3. Commencement de la police d'assurance

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

Nota : les inscriptions CFE (ORPSS) commencent le premier jour du mois _____ / _____ / **2017**

La couverture est sujette à l'acceptation de votre souscription, qui vous sera confirmée par l'envoi du certificat d'assurance.

4. Détails de votre couverture

4.1. Choisissez votre zone géographique de couverture: Mondiale à l'exception des USA Mondiale

4.2. Choisissez votre couverture « Indigo Expat CLASSIC » : 1^{er} Euro / USD / CHF

vos couverture « Indigo Expat CFE » : Complément ORPSS Complément CFE

4.3. Choisissez votre niveau de garanties : Hospitalisation Médecine courante Dentaire

Indigo Expat Indigo Expat 100% Indigo Expat

Indigo Expat 90%

Indigo Expat 80%

Choisissez

la franchise de 500 EURO / 700 USD / 550 CHF en Médecine courante : Sans franchise Avec franchise

Le contrat d'assurance Indigo Expat comprend la formule Hospitalisation, une des trois formules Médecine Courante (100%, 90% ou 80%) et la formule Dentaire. Elles ne peuvent être vendues séparément.

4.4. Choisissez vos garanties optionnelles : Evacuation et Rapatriement Maternité

Veuillez noter que chaque formule sélectionnée s'appliquera à tous les membres de la police. La formule maternité est disponible uniquement pour les couples et les familles, cela signifie que le conjoint/partenaire doit aussi être couvert par la police d'assurance.

Vous ne pouvez changer de formule qu'au moment du renouvellement de la police. Si vous souhaitez étendre votre niveau de couverture, une souscription médicale complète et des délais de carence pourront s'appliquer, de même un montant de prime supplémentaire sera requis.

5. Pathologies pré-existantes

Une pathologie préexistante est un problème de santé ou problème découlant de ce dernier dont un ou plusieurs symptômes sont apparus au cours de votre vie, qu'un traitement ou un conseil médical ait été recherché ou non. Tout problème de santé ou problème lié, dont vous ou vos ayants droit auraient raisonnablement pu connaître l'existence, sera considéré comme une pathologie préexistante. Les pathologies préexistantes sont couvertes par la police d'assurance, sauf indication contraire écrite de notre part. Les problèmes de santé apparaissant entre la signature du bulletin d'adhésion et la date d'effet de la police seront également considérés comme pathologies préexistantes. Ces pathologies préexistantes devront être soumise à une souscription médicale, et pourront ne pas être couvertes si elles ne sont pas déclarées. **Pour cette raison, veuillez nous communiquer tout changement matériel survenant entre l'envoi du bulletin d'adhésion et notre acceptation.** Dans le présent formulaire et à notre demande, vous êtes dans l'obligation de nous fournir toutes les informations dont nous pourrions avoir besoin. Ce formulaire doit être rempli complètement et précisément et toutes les informations pertinentes doivent être déclarées ; ceci est une condition préalable à la couverture.

6. Déclaration de santé

Veillez remplir le questionnaire suivant en vous référant à l'ensemble de votre historique médical et celui de vos ayants droit. **Tous les éléments matériels (éléments permettant à l'assureur d'évaluer le risque et d'accepter la souscription) doivent être communiqués à l'assureur.** Ne pas les communiquer peut entraîner l'annulation du contrat. **En cas de doute, l'élément doit être déclaré. Cette déclaration de santé est valable deux mois à compter de la date d'achèvement et de signature de ce formulaire par le souscripteur.**

	Souscripteur	Ayant droit 1	Ayant droit 2	Ayant droit 3	Ayant droit 4
Taille	_____cm	_____cm	_____cm	_____cm	_____cm
Poids	_____kg	_____kg	_____kg	_____kg	_____kg
Avez-vous consommé une forme quelconque de tabac au cours des 12 derniers mois ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Si oui, veuillez indiquer la quantité quotidienne :	_____	_____	_____	_____	_____
Combien d'unités d'alcool buvez-vous par semaine ? (1 mesure (4 cl) = 1unité ; 25 cl de bière = 1 unité ; 1 verre de vin = 1 unité ; si aucune, veuillez écrire « zéro »)	_____	_____	_____	_____	_____
Portez-vous des lunettes ou des lentilles de contact ? Si oui, indiquez :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
- La pathologie	_____	_____	_____	_____	_____
- Le nombre de dioptries pour chaque œil (apparaît sur l'ordonnance d'un opticien)	_____	_____	_____	_____	_____

1. Avez-vous déjà souffert de, été à l'hôpital pour cause de ou reçu un traitement, test ou examen pour :

a) Rhumatisme, goutte, arthrose, paralysie, troubles musculaires ou squelettiques, ou problèmes de cou ou de dos ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
b) Epilepsie ou autres troubles neurologiques (par ex: migraine, sclérose en plaque, lésion d'un nerf) ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
c) Troubles digestifs, y compris troubles de l'œsophage, de l'estomac, du foie, du côlon ou intestinaux ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
d) Anxiété, dépression, syndrome de fatigue chronique, trouble psychologique ou psychiatrique, ou autre trouble mental ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
e) Problèmes de reproduction, gynécologiques ou génitaux ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
f) Problèmes des reins, des voies urinaires, de la vésicule biliaire, du pancréas, y compris le diabète ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
g) Grosseur, kyste, grain de beauté ou cancer ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
h) Problèmes aux yeux, aux oreilles, à la thyroïde, au nez ou de peau (par ex: acné, eczéma, dermatite) ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
i) Problèmes ou pathologies cardiaques, arythmie, souffles, douleur thoracique, attaque cardiaque, hémorragies, caillots, pathologies du sang, tension artérielle anormale, cholestérol élevé ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
j) Asthme, bronchite chronique ou tout autre problème respiratoire (par ex: rhinite, sinusite, allergie) ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
k) Abus d'alcool, usage impropre de médicaments ou consommation de stupéfiants ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
l) Toute autre maladie ou blessure nécessitant une attention médicale (sauf rhumes et gripes) qui ne sont pas indiqués ci-dessus ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

2. Veuillez indiquer si l'une des personnes à assurer a

a) déjà été testée positif pour le VIH, l'hépatite B ou C, ou si les résultats d'un tel test sont attendus? Si le résultat est négatif, le fait d'avoir subi un test VIH en lui-même n'aura pas d'influence sur les conditions de votre affiliation.

Oui Non

Oui Non

Oui Non

Oui Non

Oui Non

b) déjà souffert de ou été hospitalisée pour une maladie ou un accident qui aurait eu comme conséquence un traitement de quelque type ou un arrêt maladie de plus de 14 jours ?

Oui Non

Oui Non

Oui Non

Oui Non

Oui Non

c) déjà effectué un test de dépistage du cancer ou des bilans de santé au cours des cinq dernières années ?

Oui Non

Oui Non

Oui Non

Oui Non

Oui Non

3. Veuillez indiquer si l'une des personnes à assurer

a) Souffre actuellement de désordres, blessures, maladies ou autres pathologies non mentionnées ci-dessus, ou a été conseillé de consulter un médecin ou de suivre un traitement, ou a été renvoyée pour des tests dus à un accident, blessures, maladies ou autres pathologies non mentionnées ci-dessus, ou attend les résultats des tests

Oui Non

Oui Non

Oui Non

Oui Non

Oui Non

b) Consomme actuellement des médicaments (y compris les médicaments en vente libre) de manière régulière

Oui Non

Oui Non

Oui Non

Oui Non

Oui Non

4. L'un de vos parents, frères ou sœurs (y compris décédés) a-t-il souffert, avant l'âge de 65 ans, de diabète, problèmes cardiaques, tension artérielle élevée, taux de cholestérol élevé, cancer, troubles rénaux, polyposie du côlon, maladie de Charcot, ou de toute autre pathologie héréditaire ?

Oui Non

Oui Non

Oui Non

Oui Non

Oui Non

Si oui, mentionner :

- la personne affectée (par ex : mère)

- son âge lors du diagnostic

- la pathologie découverte

5. **Dentaire** : vous a-t-on conseillé de suivre un traitement ?

Oui Non

Oui Non

Oui Non

Oui Non

Oui Non

Si 'Oui', veuillez compléter le questionnaire dentaire téléchargeable sur le site internet www.allianzworldwidecare.com/dental

6. a) Souffrez-vous de parodontite? (problème important de la gencive et des structures de soutien des dents)

Oui Non

Oui Non

Oui Non

Oui Non

Oui Non

b) Avez-vous une dent manquante, couronnes, inlays, implants, bridges, plombages ?

Oui Non

Oui Non

Oui Non

Oui Non

Oui Non

Si oui, veuillez indiquer le type, la quantité par type, le nombre de dents avec un bridge le cas échéant

Veuillez indiquer le nom, l'adresse et le numéro de téléphone du médecin traitant pour toutes les personnes à assurer mentionnées sur ce formulaire. Veuillez utiliser une feuille séparée s'il n'y a pas suffisamment d'espace.

Information complémentaire pour les réponses « Oui »

Si vous avez répondu 'Oui' aux questions 1, 2, 3 ou 4 de la section « Déclaration de santé », veuillez fournir davantage de détails dans le tableau ci-dessous. **Veillez indiquer si un rétablissement complet a été fait et s'il y a des maladies ou pathologies liées à ou découlant du diagnostic initial. Veillez joindre les documents médicaux justificatifs et les résultats des test, si possible.**

Nom	N° de la question	Diagnostic	Date d'apparition des 1ers symptômes	Fréquence et des symptômes	Date du dernier épisode	Résultats de test	Traitement passé / en cours ou rétablissement

S'il n'y a pas suffisamment de place pour toutes les informations, veuillez utiliser un autre bulletin d'adhésion.

7. Législation sur la protection des données – collecte et utilisation d'informations à caractère personnel

Toute référence aux informations inclut les données et informations à caractère personnel que vous nous avez transmises, que ce soit dans le bulletin d'adhésion, tout formulaire de demande de remboursement, tout formulaire d'entente préalable et/ou tout autre document complémentaire ou information que nous pourrions recueillir en lien avec un produit ou service que nous proposons. Allianz Worldwide Care, membre du groupe Allianz, est le responsable de la protection de ses données.

Utilisation : Les informations personnelles peuvent être utilisées dans le but de gérer l'assurance (y compris la souscription, le traitement des demandes de remboursement et la prévention des fraudes). Nous pouvons avoir recours à des organismes tiers pour traiter des données en notre nom. Ce traitement, qui peut avoir lieu en dehors de l'Espace économique européen (EEE), est soumis à des restrictions contractuelles en ce qui concerne la confidentialité et la sécurité, en accord avec les exigences en matière de protection des données.

Données sensibles : Nous devons recueillir des données sensibles vous concernant (telles que des informations médicales), afin d'évaluer les termes de l'assurance que nous émettons/fixons et/ou pour gérer les demandes de remboursement.

Communication : Nous pouvons transmettre les informations vous concernant à nos agents, aux membres du groupe Allianz, à d'autres assureurs et leurs agents, aux prestataires de service, à tout intermédiaire vous représentant ou aux autorités de contrôle/gouvernementales (dont nous faisons partie ou qui nous gouvernent). Nous pouvons, dans certains cas, faire appel à des enquêteurs privés pour obtenir plus d'informations sur l'une de vos demandes de remboursement.

Conservation : Nous sommes tenus de conserver vos données pendant les six années suivant la fin de la période d'assurance. Nous ne conserverons pas vos données plus longtemps que nécessaire et uniquement pour les finalités pour lesquelles nous les avons obtenues.

Représentation et consentement : Par votre signature, vous confirmez que vous avez l'autorité pour agir au nom de vos ayants droit en ce qui concerne toutes les informations à caractère personnel que vous nous fournissez, et que vous consentez au traitement, à la divulgation, à l'utilisation et à la conservation des informations vous concernant et/ou à propos de vos ayants droit.

Accès : Vous avez le droit de demander à recevoir une copie des données à caractère personnel vous concernant en notre possession. Si vous souhaitez exercer ce droit, veuillez écrire au responsable de la protection des données à l'adresse indiquée sur ce formulaire ou à client.services@allianzworldwidecare.com.

Enregistrement des appels : Les appels téléphoniques sont enregistrés et peuvent être écoutés dans le cadre de la formation du personnel, afin d'améliorer la qualité de nos services et pour des raisons réglementaires.

8. Déclaration

Veillez lire attentivement les déclarations suivantes et ne signer ci-dessous que si vous les comprenez et les acceptez.

- a) Je déclare que toutes les informations fournies sont exactes et complètes, y compris celles rédigées par un tiers. Je déclare qu'aucun élément matériel n'a été omis, déformé ou formulé incorrectement. J'accepte que ce bulletin d'adhésion soit la base du contrat entre Allianz Worldwide 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.
- b) **Je m'engage à informer immédiatement Allianz Worldwide Care par écrit de tout changement concernant mon état de santé ou celui de mes ayants droit survenant entre la signature du bulletin d'adhésion et la date d'effet de la police.**
- c) J'accepte de renoncer à mes droits quant au secret médical ou confidentialité médicale en ce qui concerne tout dossier médical se rapportant à ma pathologie ou mon problème de santé et j'autorise Allianz Worldwide Care à contrôler, si nécessaire, les déclarations concernant mon état de santé et à vérifier auprès d'autres assureurs santé toutes les déclarations effectuées pour le compte de contrats antérieurs ou actuels. J'autorise les praticiens, médecins, dentistes, membres de la profession médicale, employés des hôpitaux et des services de santé publique à communiquer mes dossiers médicaux à Allianz Worldwide Care, à ses conseillers médicaux, à ses représentants désignés ou à tout autre tiers expert en cas de litige, sous réserve des restrictions légales applicables. Cette autorisation vaut également pour mes ayants droit assurés, y compris ceux qui ne sont pas en mesure de comprendre le sens de cette déclaration.
- d) Je confirme avoir lu et compris dans leur totalité les définitions, les garanties, les conditions générales et les exclusions de cette police, ainsi que les détails relatifs aux pathologies préexistantes.
- e) Je comprends
- (i) que cette demande est valable deux mois à compter de la date d'achèvement et de la signature de ce formulaire.
 - (ii) que je peux annuler ma demande par courrier, e-mail ou fax, dans un délai de 30 jours à partir de la date à laquelle je reçois les conditions générales complètes de ma police d'assurance. Si je n'ai pas envoyé de demande de remboursement, la totalité de ma prime me sera reversée.
- f) J'accepte
- (i) qu'il est de ma responsabilité de vérifier l'exactitude des informations figurant sur le certificat d'assurance. Si elles ne concordent pas avec le bulletin d'adhésion, elles seront considérées comme acceptées dès lors que je ne les aurai pas contestées dans les 30 jours suivant l'émission dudit certificat.
 - (ii) le fait que cette police d'assurance soit soumise aux conditions générales standard en vigueur au commencement de la police et détaillées dans les « conditions générales pour contrats individuels ».
 - (iii) que la couverture fournie par Allianz Worldwide Care n'est pas disponible si mes ayants droit et moi-même sommes ou devenons résidents de pays où des exigences obligatoires locales en matière d'assurance santé sont en place (par ex. la Suisse).
 - (iv) que je suis responsable de vérifier si je dois me soumettre à une assurance santé locale obligatoire, que je dois m'assurer que ma couverture santé répond aux exigences légales de mon pays de résidence et que je suis satisfait de la conformité de ma couverture aux exigences légales.
- g) J'autorise la diffusion des informations administratives et médicales me concernant (et mes ayants droit le cas échéant) entre Allianz Worldwide Care, la CFE et A&C Moncey à des fins administratives et pour traiter les demandes de remboursement si nécessaire. J'autorise également Allianz Worldwide Care à recevoir les détails des remboursements effectués par la CFE et à percevoir directement de la CFE les remboursements des frais médicaux afin que ces remboursements me soient versés en un seul paiement.

En tant que souscripteur, je signe et date cette déclaration et ce bulletin d'adhésion pour le compte de et au nom de toutes les personnes incluses dans ce formulaire.

Signature du souscripteur

Nom du souscripteur en lettres capitales

Date de la signature
(jj/mm/aa)

9. Agent

En tant que souscripteur, j'autorise (indiquer le nom de l'agent) _____ à agir au nom de toutes les personnes nommées dans ce formulaire pour l'administration de la police, y compris la gestion de la déclaration des informations médicales confidentielles. Et cela tant que je n'aurai pas annulé cette autorisation par écrit auprès d'Allianz Worldwide Care.

Signature du souscripteur _____

Nom du souscripteur en lettres capitales _____

Date de la signature (jj/mm/aa) _____

Nom et cachet de l'Agent

10. Informations sur le paiement

Il n'est pas nécessaire de remplir cette section si vous rejoignez 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.

a) Devise de paiement

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

EURO

USD

CHF

b) Fréquence et méthode de paiement

Veuillez cocher la fréquence et le mode avec lesquels vous souhaitez effectuer votre paiement:

	Annuel	Semestriel	Trimestriel	Mensuel
Prélèvement (uniquement pour les paiements en Euro, CHF) *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Carte de crédit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chèque	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Non disponible
Virement bancaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Non disponible

Informations et frais liés au paiement

* Si vous choisissez le paiement par prélèvement automatique, veuillez svp remplir le formulaire de prélèvement automatique disponible sur www.allianzworldwidecare.com/application-form-for-international-healthcare-plans. Veuillez également noter que si vous êtes membre d'un contrat collectif et que vous désirez payer par prélèvement automatique, le paiement mensuel doit être sélectionné.

- Les paiements sont soumis aux frais administratifs supplémentaires suivants: 0% pour un paiement annuel, 3% pour un paiement semestriel, 4% pour un paiement trimestriel, 5% pour un paiement mensuel.
- Nos primes sont exprimées en nombres entiers (c'est-à-dire sans centimes, etc.), veuillez alors noter que les pourcentages liés à la fréquence de paiement peuvent être légèrement supérieurs ou inférieurs à ceux communiqués.
- Les paiements par chèque doivent être effectués à l'ordre d'Allianz Worldwide Care, en indiquant au dos du chèque le nom du souscripteur et son numéro de police d'assurance.
- Lors d'un virement bancaire, vous devez préciser le nom du souscripteur et son numéro de police d'assurance.
- Pour les paiements par chèque ou virement bancaire, veuillez-vous assurer que les paiements sont reçus en temps voulu pour éviter tout retard dans le traitement des demandes de remboursement.
- Allianz Worldwide Care décline toute responsabilité en cas de paiement ne précisant pas clairement l'identité du souscripteur.
- Si une taxe sur les primes d'assurance ou autre taxe locale est appliquée, celle-ci sera indiquée et ajoutée sur votre facture / vos détails de paiement.

Merci de retourner votre formulaire dûment complété par:

Courrier postal à

Assurances Indigo Expat
63 rue de Provence
75009 Paris, France

Email

après avoir numérisé le document

moncey@moncey-assurances.com

Votre Courtier d'Assurances

**ASSURANCES ET
CONSEILS MONCEY**

Tel: +33 (0)1 53 16 42 61

FRANCE

Paiement par carte de crédit

Si vous choisissez de payer par carte de crédit, veuillez fournir les informations suivantes:

Carte de crédit MasterCard VISA

Nom du titulaire _____

Numéro de la carte _____ Date d'expiration (mm/aa) _____ / _____

**Après l'enregistrement des données de la carte de crédit dans notre système,
cette page sera détachée du formulaire et détruite pour des raisons réglementaires.**

Autorisation de paiement par carte de crédit

J'autorise Allianz Worldwide Care à débiter sur ma carte de crédit la prime de mon assurance santé (dont je serai informé après l'acceptation ou le renouvellement de ma police d'assurance ou bien suite à une demande de ma part affectant ma prime tel que l'ajout d'un ayant droit). Cette autorisation est valide tant que je ne l'aurai pas annulée par écrit auprès d'Allianz Worldwide Care. Il est entendu que je serai averti de toute modification de la prime dans un délai d'un mois avant sa mise en application.

Signature du titulaire _____

Date de la signature
(jj/mm/aa) _____

Ceci est une traduction française du document en anglais « Indigo Expat – Application Form ». La version en anglais de ce document 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, régie par l'Autorité de Contrôle Prudentiel située au 61, rue Taitbout, 75436 Paris Cedex 09, France. AWP Health & Life SA, agissant par l'intermédiaire de sa succursale irlandaise, est une société anonyme régie par le Code des assurances. No. 401 154 679 RCS Nanterre. 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 la dénomination commerciale d'Allianz Worldwide Care.

Indigo Expat™ est un produit conçu et piloté par A&C Moncey, distribué en exclusivité par A&C Moncey et ses partenaires agréés.