

Bulletin d'Adhésion – Indigo Expat WELCOME

Contrats individuels au premier euro

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 -France) : Oui Non

l'Office des National de Sécurité Sociale Outre Mer (Belgique) : 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 37 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, veuillez l'indiquer) _____
Adresse email _____
(obligatoire si > 18 ans)
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) _____

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) _____
Adresse email _____
(obligatoire si > 18 ans)
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) _____
Adresse email _____
(obligatoire si > 18 ans)
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 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) _____
Adresse email _____
(obligatoire si > 18 ans)
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) _____
Adresse email _____
(obligatoire si > 18 ans)
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 : _____ / _____ / **2019**

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
- 4.2. L'intervention de votre couverture Indigo Expat WELCOME 1^{er} Euro / USD / CHF
- 4.3. Choisissez votre niveau de garanties : Indigo Expat WELCOME **100%**
Indigo Expat WELCOME **90%**
Indigo Expat WELCOME **80%**

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

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 auriez 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 soumises à une souscription médicale, et pourront ne pas être couvertes si elles ne sont pas déclarées. **Il est donc nécessaire que vous nous informiez de tout changement matériel survenant entre le moment où vous nous envoyez votre 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. Si vous êtes déjà client, veuillez également fournir tous les détails concernant les problèmes de santé pour lesquels vous avez demandé un remboursement depuis le début de votre souscription.

6. Déclaration de santé

Veuillez 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 sur l'importance d'un fait, vous devez le déclarer. 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 depuis un an ?	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 :	_____	_____	_____	_____	_____
Buvez-vous de l'alcool ?	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, combien d'unités d'alcool buvez-vous par semaine ? (1 alcool fort = 1 unité ; 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 (blessure / maladie)	_____	_____	_____	_____	_____
- Le nombre de dioptries pour chaque œil (apparaît sur l'ordonnance d'un opticien)	_____	_____	_____	_____	_____

1. 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 :

a) Maladies ou problèmes cardiaques ou cardiovasculaires tels qu'une attaque cardiaque, maladie coronarienne, de l'arythmie, un souffle, des douleurs thoraciques, des caillots, une pathologie du sang, une tension artérielle anormale ou du 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"/>
b) Maladies ou problèmes dermatologiques tels que psoriasis, une dermatite, de l'eczéma, une allergie ou de l'acné ?	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) Maladies ou problèmes endocriniens tels que du diabète, des problèmes de poids, la goutte ou des problèmes à la thyroïde, ou autres déséquilibres hormonaux ?	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) Maladies ou problèmes des yeux, du nez, des oreilles ou de la gorge, tels que la cataracte, le glaucome, une perte d'audition, des problèmes de sinus ou aux amygdales ou adénoïdes ?	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) Maladies ou problèmes gastro-intestinaux tels que problèmes d'estomac, des hernies, des hémorroïdes, des calculs biliaires, des polypes du côlon, la maladie de Crohn, des colites ou des problèmes de foie ?	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) Maladies ou problèmes infectieux tels que les hépatites A, B ou C, l'herpès, le VIH, le paludisme, la méningite, des infections du sang ou des maladies sexuellement transmissibles ?	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) Maladies ou problèmes musculaires ou squelettiques tels que des douleurs au niveau du cou, du dos ou des articulations, de l'arthrite, une paralysie, le remplacement d'une articulation ou des problèmes de ligaments ou de cartilage.	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) Maladies ou problèmes neurologiques tels qu'un AVC, la sclérose en plaques, l'épilepsie, les troubles et crises neurodégénératifs, des migraines, des sciatiques ou des douleurs névralgiques ?	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) Maladies ou problèmes oncologiques tels qu'un cancer, la leucémie, des lymphomes, des tumeurs, des lésions cutanées, des excroissances, des grosseurs, des kystes, des grains de beauté ou des polypes ?	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) Maladies ou problèmes psychiatriques ou psychologiques tels que la dépression, l'anxiété, le syndrome de fatigue chronique, des troubles des comportements alimentaires ou l'alcoolisme/la toxicomanie, la maladie d'Alzheimer ou d'autres démences ?	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) Maladies ou problèmes respiratoires tels que la maladie pulmonaire obstructive chronique, de l'asthme, des bronchites, des sinusites ou des essoufflements ?	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) Maladies ou problèmes urologiques ou des organes reproducteurs tels que des problèmes au niveau des reins ou des voies urinaires, des troubles du cycle menstruel, des problèmes de fécondité, des fibromes, l'endométriose, une hypertrophie de la prostate ou de testicule ?	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"/>
m) Tout autre problème, maladie, blessure ou accident qui n'a pas encore été mentionné ?	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 mentionnées sur ce bulletin

a) Consomme actuellement des médicaments prescrits, des médicaments en vente libre, des cachets ou reçoit tout autre traitement.	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) Doit prochainement faire l'objet d'un examen médical, a été orientée pour des tests/examens, est dans l'attente de résultats de tests ou d'un traitement suite à un accident, une blessure, une maladie ou un problème qui n'a pas encore été mentionné.	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) A fait l'objet de tests ou d'examens tels qu'une biopsie, une coloscopie, une colposcopie, une tomодensitométrie, une mammographie, une imagerie par résonance magnétique (IRM), un frottis cervico-utérin, un test de l'antigène prostatique spécifique.	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"/>

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

3. Dentaire:

a) Suivez-vous actuellement ou vous a-t-on conseillé de suivre un traitement dentaire?

Oui Non

Oui Non

Oui Non

Oui Non

Oui Non

Si 'Oui', veuillez compléter le questionnaire dentaire téléchargeable <https://www.allianzworldwidecare.com/fr/particuliers/formulaire-d-affiliation/>

b) 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

c) 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

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. **Veuillez indiquer si un rétablissement complet a été fait et s'il y a des maladies ou pathologies liées à ou découlant du diagnostic initial. Veuillez joindre les documents médicaux justificatifs et les résultats des tests, si possible.**

N° de la question	Nom	Diagnostic - Le cas échéant veuillez indiquer la partie du corps concernée (par ex. bras gauche, pied droit)	Date d'apparition et date des derniers symptômes	Fréquence et sévérité des symptômes	Examens, tests sanguins et rapports médicaux	Traitements précédents/ courants	État actuel (par ex. en cours, toute complication, rétablissement complet, récurrent)

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

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

7. 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 ci-dessus sont exactes et complètes. Je déclare qu'aucun élément n'a été omis, déformé ou formulé incorrectement. J'accepte que ce bulletin d'adhésion soit la base du contrat entre Allianz Care et moi-même. Si vous ou vos ayants droit faites une fausse déclaration, dissimulez ou omettez intentionnellement des faits matériels qui pourraient changer l'objet du risque ou avoir une incidence sur notre estimation du risque, y compris les faits divulgués dans le bulletin d'adhésion appropriée ou une aggravation du risque pendant la durée de la police, le contrat sera considéré comme nul et non avenue dès la date de début, sauf accord contraire et écrit de notre part. Si le contrat est considéré comme nul et non avenue pour cause de fausse déclaration, dissimulation ou omission intentionnelle de faits matériels, la prime ne sera pas remboursée, en partie ou en totalité.
- b) Je m'engage à informer immédiatement Allianz Care par écrit de tout changement concernant mon état de santé ou celui de mes ayants droit survenant après la signature du bulletin d'adhésion et avant la date de début de ma police.
- c) J'accepte de renoncer à mes droits quant au secret médical ou confidentialité médicale en ce qui concerne tout dossier médical et 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. j'autorise les praticiens, médecins, dentistes, membres de la profession médicale, employés des hôpitaux et des services de santé publique ainsi que tout établissement médical à communiquer mes dossiers médicaux à Allianz 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 de moins de 18 ans et ceux qui ne sont pas en mesure de comprendre le sens de cette déclaration.
- d) Je confirme que :
- (i) J'ai bien lu et pris connaissance de toutes les définitions, garanties, exclusions et conditions de la police y compris les informations sur les pathologies préexistantes.
 - (ii) J'ai reçu, lu et compris le document d'information sur le produit d'assurance et j'accepte les conditions générales résumées dans le présent document et expliquées de manière plus détaillée dans mon guide des conditions générales. 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.
- e) Je comprends :
- (i) que cette demande est valable deux mois à compter de la date d'achèvement et de signature de ce formulaire.
 - (ii) que 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 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 formulaire de souscription, 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 le guide des conditions générales.
 - (iii) la couverture fournie par Allianz Care n'est 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).
- g) Je comprends 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.
- h) Lorsque cela est nécessaire pour la gestion et le traitement des demandes de remboursement, j'autorise la diffusion des informations administratives et médicales me concernant entre Allianz Care, la CFE et A&C Moncey. J'autorise également Allianz 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) _____

8. Accord concernant la divulgation des données

Nous requérons votre accord pour recueillir et traiter les données relatives à votre santé et d'autres types de données requises pour

souscrire à la police d'assurance santé souhaitée. **Si vous n'autorisez pas expressément le traitement de vos données personnelles comme indiqué ci-dessous, nous ne pourrions 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 tout affilié de moins de 18 ans.
Je, le souscripteur, l'ayant droit 1, l'ayant droit 2, l'ayant droit 3 et l'ayant droit 4 donne:

Nom du Souscripteur Nom de l'ayant droit 1 Nom de l'ayant droit 2 Nom de l'ayant droit 3 Nom de l'ayant droit 4

1. L'autorisation de recueillir, conserver et utiliser les données relatives à ma santé : L'assureur 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). L'assureur pourra conserver les données relatives à ma santé conformément au Code de la consommation s'appliquant à ma police d'assurance avec l'assureur ou toute autre loi requérant leur conservation.

2. L'autorisation d'obtenir mes données auprès de tiers. L'assureur 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 et ce, afin de m'offrir une couverture d'assurance, de tarifier des risques ou de traiter toute demande de remboursement. J'accepte de libérer de leurs obligations respectives tous les individus de ces institutions et l'assureur quant à la confidentialité des données relatives à ma santé ou d'autres données qu'il puisse leur être demandé de partager et d'utiliser dans les buts précités.

3. L'autorisation à l'assureur de partager mes données. L'assureur peut partager les informations relatives à ma santé et d'autres données avec les institutions indiquées ci-dessous pour qu'elles puissent les utiliser de la même manière et pour les mêmes raisons que l'assureur. Je comprends que l'assureur a mis en place des dispositions contractuelles avec ces institutions pour protéger mes données. J'accepte de libérer de leurs obligations respectives tous les individus de ces institutions et l'assureur quant à la confidentialité des données relatives à ma santé ou d'autres données qu'il puisse leur être demandé de partager et d'utiliser dans les buts indiqués ci-dessous :

- Avec des médecins indépendants, si cela est nécessaire 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 santé.
- Avec les prestataires de services agissant pour le compte des entreprises Allianz Group qui fournissent certains services au nom de l'assureur, comme l'évaluation des risques et le traitement des demandes de remboursement, impliquant le recueil et l'utilisation des données relatives à ma santé et d'autres types de données sans lesquelles l'assureur ne pourrait gérer ma police ou me payer les sommes correspondant aux demandes de remboursement qui me sont dues.
- Avec des co assureurs pour partager le risque d'assurance avec d'autres entreprises auxquelles l'assureur 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 l'assureur en envoyant un e-mail à AP.EU1DataPrivacyOfficer@allianz.com.

Désignation du titulaire de la police

Afin de vous 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 sélectionner « Oui » ci-dessous.

J'autorise _____ à agir en mon nom en ce qui concerne la gestion de cette police, ce qui peut inclure la communication d'informations médicales confidentielles. Cette autorisation est valide tant que je ne l'aurai pas annulée par écrit auprès d'Allianz Care.

Oui Non

Souscripteur

Oui Non

Ayant droit 1

Oui Non

Ayant droit 2

Oui Non

Ayant droit 3

Oui Non

Ayant droit 4

Agent

J'autorise [indiquer le nom du courtier] _____ à agir en mon nom en ce qui concerne la gestion de cette police, ce qui peut inclure la communication d'informations médicales confidentielles. Cette autorisation est valide tant que je ne l'aurai pas annulée par écrit auprès d'Allianz Care

Note interne – nom et cachet de l'agent

Signature du souscripteur
Date (jj/mm/aa)

Signature de l'ayant droit 1
Date (jj/mm/aa)

Signature de l'ayant droit 2
Date (jj/mm/aa)

Signature de l'ayant droit 3
Date (jj/mm/aa)

Signature de l'ayant droit 4
Date (jj/mm/aa)

9. La protection de vos données personnelles est notre priorité

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 et que vous devez consulter avant de nous transmettre vos données personnelles. Pour consulter notre notice sur la protection des données, rendez-vous sur : <https://www.allianzworldwidecare.com/fr/confidentialite-du-site-web/>. 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

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

Veillez cocher la devise dans laquelle vous souhaitez effectuer votre paiement : EURO USD

b) Fréquence et méthode de paiement

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

	Annuel	Semestriel	Trimestriel	Mensuel
Prélèvement (uniquement pour les paiements en Euro) *	<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/fr/particuliers/formulaire-d-affiliation/. 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 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 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 (document numérisé)

moncey@moncey-assurances.com

Votre Courtier d'Assurances

**ASSURANCES ET
CONSEILS MONCEY**
Tel: +33 (0)1 53 16 42 61
FRANCE

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.

Paiement par carte de crédit

Contrats individuels Indigo Expat

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 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 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 SA, agissant par l'intermédiaire de sa succursale irlandaise, est une société anonyme régie par le code des assurances. No. 401 154 679 RCS Bobigny, France. 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 Care et Allianz Partners. Indigo Expat est un produit conçu et piloté en exclusivité par Assurances et Conseils Moncey.