

# One Care – Pack Expat et Expat CFE

## Bulletin d'Adhésion

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

Nouvelle adhésion

Modification d'une adhésion existante

Si vous ajoutez un nouvel ayant droit, veuillez indiquer votre numéro d'adhrent \_\_\_\_\_

**Vous devez nous prévenir de tout changement de coordonnées afin de recevoir la correspondance qui vous est destinée. Seules les personnes âgées de 18 à 50 ans verront leur demande de souscription considérée.**

### 1. Informations sur l'adhérent principal

M.     Mme    Nom de famille \_\_\_\_\_

Prénom \_\_\_\_\_ Date de naissance (jj/mm/aa) \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Situation familiale     Marié (e)     Divorcé (e)     Veuf (ve)     Célibataire     Concubin (e)

Nationalité (pays pour lequel vous avez un passeport valide) \_\_\_\_\_

Numéro de sécurité sociale / CFE \_\_\_\_\_

Adresse de résidence principale \_\_\_\_\_

Ville et code postal \_\_\_\_\_ Pays \_\_\_\_\_

Pays d'origine \_\_\_\_\_ Pays d'expatriation \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone principal \_\_\_\_\_ (indicatif pays) \_\_\_\_\_ (indicatif régional) \_\_\_\_\_

Autre numéro de téléphone \_\_\_\_\_ (indicatif pays) \_\_\_\_\_ (indicatif régional) \_\_\_\_\_

Adresse email (pour les remboursements) \_\_\_\_\_

Adresse email (pour les factures, si différent) \_\_\_\_\_

Vous êtes     Etudiant (e)

Salarié (e) – précisez le poste et secteur : \_\_\_\_\_

Travailleur (se) indépendant – précisez le poste et secteur : \_\_\_\_\_

Sans activités professionnelles – précisez : \_\_\_\_\_

Etes-vous une Personne Politiquement Exposée     Oui     Non

Langue dans laquelle vous souhaitez recevoir vos documents     Français     Anglais

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. Ayant-droit au contrat

L'Ayant-droit peut être le Conjoint.

	Conjoint
Nom	
Prénom	
Date de naissance (jj/mm/aaa)	____ / ____ / ____
Sexe	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Nationalité	
Pays d'origine	
Pays de résidence / expatriation (dans lequel vous vivez mini. 6 mois dans l'année)	
Activités (obligatoire, si étudiant ou sans activités, le préciser)	

## 3. Date d'effet de l'adhésion au contrat

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

**Cette date doit être postérieure à la date de réception de votre demande**

\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

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

## 4. Choix de la couverture et de l'option associée

Veuillez sélectionner le type d'intervention choisi pour la couverture One Care Jeune Expat. Les choix sélectionnés s'appliquent à tous les membres au contrat.

**Couverture sélectionnée**

One Care Pack Expat au **1er Euro**

One Care Expat CFE en **complément de** JeunExpat ou MondExpat de **la CFE**

Les garanties d'assistance et rapatriement, de responsabilité civile vie privée et d'individuelle accident sont automatiquement incluses.

**Zone de couverture**

**Zone 2** : Afrique du Sud, Albanie, Angola, Andorre, Allemagne, Arabie Saoudite, Argentine, Australie, Autriche, Azerbaïdjan, Bahreïn, Barbade, Belgique, Bolivie, Bosnie-Herzégovine, Bulgarie, Cambodge, Canada, Chili, Chypre, Colombie, Corée du Sud, Costa Rica, Croatie, Danemark, Djibouti, Equateur, Espagne, Estonie, Féroé (îles), Finlande, France, Géorgie, Grèce, Guatemala, Hongrie, Indonésie, Irlande, Islande, Israël, Italie, Japon, Kazakhstan, Koweït, Lettonie, Liechtenstein, Lituanie, Luxembourg, Macédoine, Malaisie, Malte, Maroc, Mexique, Moldavie, Monaco, Monténégro, Mozambique, Norvège, Nouvelle-Zélande, Nigéria, Oman, Panama, Pays-Bas, Pérou, Pologne, Polynésie, Portugal, Qatar, République Dominicaine, République Tchèque, Roumanie, Saint Barthélémy, Saint Martin, Saint Pierre et Miquelon, Serbie, Slovaquie, Slovénie, Suède, Thaïlande, Turquie, Ukraine, Uruguay, Vanuatu, Vatican, Vietnam et Wallis et Futuna,

**Zone 1** : Monde entier hors pays de la Zone 2.

NB : les pays de résidence suivants sont exclus : Bahamas, Biélorussie, Brésil, Chine, Emirats Arabes Unis, Etats-Unis, Hong-Kong, Liban, Royaume Uni, Russie, Singapour, Suisse, Taiwan, Venezuela.

## 5. Cotisation et modalités de paiement

**Calculez et reportez le montant de votre cotisation trimestrielle**

\_\_\_\_\_ Euro

Frais d'adhésion trimestriel à l'Association ACME (forfait annuel de 24 Euro)

\_\_\_\_\_ 6,00 Euro

Veuillez noter que si une taxe sur les primes d'assurance santé (ou autre taxe locale) s'applique dans votre pays de résidence principale, celle-ci sera ajoutée et indiquée sur votre certificat, et sur l'appel de cotisation envoyé par Protegat Cover.

## Fréquence et méthode de paiement

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

	Annuel	Semestriel	Trimestriel
<b>Prélèvement automatique SEPA CORE*</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Carte de crédit</b> un lien vers votre Espace Assuré sera envoyé afin de procéder au règlement depuis cet environnement sécurisé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Virement bancaire</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fait à (ville/pays) \_\_\_\_\_

Le (jj/mm/aaa) \_\_\_\_\_

Signature de l'adhérent, précédé de la mention « Lu et approuvé »

\* Pour le paiement par prélèvement automatique SEPA CORE sur un **compte bancaire en Union Européenne**, merci de compléter les informations suivantes et de joindre votre RIB :

### MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA CORE

Référence unique du mandat : RUM (vous sera communiquée lors de votre prochain appel de cotisation). En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez Protegat Cover à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte de façon récurrente (selon la périodicité choisie) conformément aux instructions de Protegat Cover. Vous bénéficiez d'un droit à remboursement par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Toute demande de remboursement doit être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte. Ces informations sont obligatoires et nécessaires à votre créancier afin de mettre en œuvre le mandat de prélèvement. Conformément à la réglementation en matière de protection des données personnelles applicables dans votre pays, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification portant sur les données personnelles vous concernant, ainsi que celui de vous opposer à leur traitement, sous réserve de justifier d'un motif légitime (si exigé par la loi applicable dans votre pays). Pour exercer ces droits, vous pouvez vous référer au contrat conclu avec votre créancier.

#### NOM, PRENOM ET ADRESSE DU DEBITEUR

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

#### INFORMATIONS DU CREANCIER

Nom et adresse du créancier :  
Protegat Cover  
Carrer de Sepulveda, 143, Atico 3a  
08011 Barcelona  
Identifiant du Créancier SEPA (ICS) :

#### COORDONNEES BANCAIRES DU DEBITEUR

IBAN :

BIC :

Nom de votre banque :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

#### DATE (JJ/MM/AAA)

Le (jj/mm/aaa)

\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

#### SIGNATURE OBLIGATOIRE

Signature de l'adhérent, ou du représentant légal (dans ce cas, merci d'indiquer votre qualité (parent, tuteur...) ainsi que votre nom et prénom) précédée de la mention « **Lu et approuvé** »

## 6. Note d'information

### **Nous vous prions de bien vouloir prendre connaissance des éléments importants qui suivent.**

Notre analyse et nos propositions se sont basées sur les informations, besoins et contraintes que vous avez pu nous communiquer et nous exprimer au cours de nos échanges. Il est à noter que la qualité et l'exactitude des informations communiquées par le souscripteur, notamment en matière financière et d'objectifs de souscription, influe directement sur la qualité et la pertinence de notre proposition.

Il est absolument nécessaire que vous lisiez attentivement l'ensemble des conditions de votre contrat d'assurance et plus particulièrement les paragraphes consacrés aux risques exclus, à la durée de votre contrat, aux éventuels délais de carence, de franchise, aux définitions des garanties et aux sanctions en cas d'informations inexactes ou incomplètes.

Pour tout mécontentement, votre interlocuteur habituel est à votre disposition.

En cas de désaccord persistant avec la réponse ou solution apportée, en dernier recours, la Médiation de l'Assurance peut être saisie par courrier : TSA 50110 - 75441 Paris Cedex 09.

Nous restons à votre entière disposition pour répondre à toutes vos questions.

## 7. Signature de la demande d'adhésion

**JE DEMANDE** mon adhésion à ACME (Association Coopération, Mobility & Expatriation), association de loi 1901 dont le siège est 63 rue de Provence 75009 PARIS, ainsi qu'aux contrats d'assurances souscrites par elle auprès des compagnies d'assurances suivantes :

- MGEN Portugal, dans le cadre d'une délégation de souscription accordée à VYV International Benefits, pour les garanties de Frais de Santé (contrat n°MGENIB1100698SAN pour les garanties au 1<sup>er</sup> € et n°MGENIB1200153SAN pour les garanties en complément CFE),

### **JE RECONNAIS :**

- avoir pris note qu'Expat Courtage est une société française de courtage (enregistrée à l'ORIAS sous le numéro 07 005 738) qui conçoit et gère pour le compte de l'ACME l'ensemble de la gamme d'assurances One Care.

- avoir téléchargé la documentation contractuelle (y compris le formulaire IPID), pris connaissance et accepté les conditions indiquées dans la notice d'information, en avoir conservé un exemplaire et accepter les termes de la présente demande d'adhésion, valant conditions particulières. Je reconnais avoir pris connaissance de mon droit à renonciation.

- avoir pris connaissance que mes communications téléphoniques avec les services de gestion de Protegat Cover peuvent être enregistrées pour les besoins de gestion interne et dans le but d'améliorer les services. Je peux avoir accès aux enregistrements de mes appels en m'adressant par écrit à Protegat Cover – Carrer de Sepulveda, 143, Atico 3a, 08011 Barcelona - Espagne et en joignant à ma demande une pièce d'identité. Chaque enregistrement est conservé pendant un délai de 90 jours.

- que l'adhésion à l'ACME ne me dispense pas des cotisations et obligations légales locales dont pourrait relever l'adhérent principal et/ou ses ayants droit.

- avoir pris connaissance qu'il ne pourra être procédé à aucun paiement à destination, directe ou indirecte, d'un pays soumis à sanctions, tel qu'édicte, par exemple, par les Nations Unies, l'Office of Foreign Assets Control (OFAC) du Trésor américain ou l'Union Européenne.

- être informé qu'en cas d'adhésion sur la base de documents scannés, il est de ma responsabilité de conserver les originaux correspondant pendant toute la vie du contrat car ils pourront m'être réclamés à titre de contrôle à tout moment au cours de cette période. Si je ne peux fournir les documents originaux demandés, il y aura déchéance de garantie.

**J'AUTORISE** Protegat Cover à recevoir pour mon compte les décomptes de remboursement des frais d'hospitalisation pour lesquels j'ai bénéficié du tiers-payant.

**JE CERTIFIE** avoir répondu avec exactitude et sincérité aux questions de ce dossier de souscription et n'avoir rien déclaré ou omis de déclarer qui puisse induire en erreur l'Assureur et/ou ses délégataires et entraîner l'application des articles L.113-8 et L.113-9 du code des assurances.

Fait à (ville/pays) \_\_\_\_\_

Date (jj/mm/aaa) \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**Signature de l'adhérent, ou du représentant légal** (dans ce cas, merci d'indiquer votre qualité (parent, tuteur...) ainsi que votre nom et prénom) précédée de la mention « **Lu et approuvé** »

## 8. Finalisation de la demande d'Adhésion

Pour finaliser votre demande d'affiliation, veuillez joindre les pièces suivantes à votre envoi :

- Le **Bulletin d'Adhésion** complété et signé
- Le **Questionnaire Médical** complété et signé, pour chaque personne à assurer
- Une **copie de la carte d'identité** et/ou du passeport, pour chaque personne à assurer
- Un **Relevé d'Identité Bancaire** incluant votre IBAN
- La **copie de l'attestation CFE** (précisant la date d'ouverture des droits et les personnes couvertes) si vous avez sélectionné une intervention en complément de la CFE,

**Toute demande incomplète ne pourra pas être traitée**

**MERCI DE RETOURNER VOTRE BULLETIN D'ADHESION COMPLETE ET SIGNE, ET LES PIECES REQUISES PAR:**

**Courrier postal à**

Moncey Assurances  
63 rue de Provence  
75009 Paris, France

**Email**

en signant et scannant votre demande d'adhésion et l'ensemble de ses pièces à [backoffice@moncey-assurances.com](mailto:backoffice@moncey-assurances.com)

## Protection des données à caractère personnel

Conformément au Règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données (dit « Règlement général sur la Protection des données ») et à la Loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978 modifiée, dans le cadre de la gestion et de l'exécution du contrat d'assurance, vos données à caractère personnel pourront être transférées à l'Organisme assureur, ses délégataires, ses prestataires, ses sous-traitants ou ses réassureurs. Les traitements mis en œuvre ont pour finalité la passation, la gestion et l'exécution des contrats d'assurance, l'élaboration des statistiques et études actuarielles, l'exercice des recours et la gestion des réclamations et contentieux, l'exécution des dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur notamment la lutte anti-blanchiment, contre le financement du terrorisme et contre la fraude et les opérations relatives à la gestion des clients. Les destinataires de ces données, sont, dans le strict cadre des finalités ci-dessus, les personnels dûment habilités de l'Organisme assureur, ses délégataires, ses prestataires, ses sous-traitants ou ses réassureurs respectifs et, s'il y a lieu, les organismes sociaux et les intermédiaires d'assurance. Ces données seront conservées durant toute la vie du contrat, jusqu'à expiration à la fois des délais de prescription légaux et des délais prévus par les obligations de conservation imposées par la réglementation.

Vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et d'effacement de vos données personnelles. Lorsqu'un consentement est nécessaire au traitement, vous disposez du droit de le retirer. Sous certaines conditions réglementaires, vous disposez du droit de demander la limitation du traitement ou de vous y opposer. Vous pouvez également demander la portabilité des données que vous avez transmises lorsqu'elles étaient nécessaires au contrat ou lorsque votre consentement était requis.

Vous pouvez exercer ces différents droits sur les traitements pour lesquels chaque assureur est responsable directement en contactant :

Toute réclamation relative aux garanties santé et assistance rapatriement (MGEN Portugal) peut être adressée au Délégué à la Protection des Données de VYV IB, 3 Square Max Hymans, 75648 PARIS CEDEX 15 - [dpo@vyv-ib.com](mailto:dpo@vyv-ib.com)

## Renonciation

Renonciation à l'adhésion : au titre des articles L. 112-9 du Code des assurances et L. 121-20-12 du Code de la consommation, je reconnais avoir été informé et savoir que je dispose d'un délai de 14 jours calendaires révolus, à compter de la date de conclusion de mon adhésion (indiquée sur le certificat d'adhésion), pour renoncer à mon adhésion au contrat.

Contrats souscrits par le biais de one Care International auprès de MGEN Portugal - Companhia de Seguros, S.A, dont le siège social est situé à Rua Duque de Palmela, 11, Piso 1, A 1250-097 Lisbonne, Portugal, avec un capital social de 7 500 000,00 € et enregistrée sous le numéro unique d'immatriculation et d'identification 517503131. MGEN Portugal est contrôlée par l'Autoridade de Supervisão de Seguros e Fundos de Pensões au Portugal, et est autorisée par l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution pour agir en France par voie de Libre Prestation de Services

## Association ACME

ACME est une Association régie par la loi du 1<sup>er</sup> juillet 1901 et le décret du 16 août 1901, dont l'identifiant est le W751178262. Le siège social est situé 9 rue du 4 septembre, 75002 Paris, France. L'Association est enregistrée auprès de la préfecture de Paris.



ASSOCIATION COOPERATION, MOBILITY & EXPATRIATION (ACME),  
Association régie par la Loi du 1<sup>er</sup> Juillet 1901 et par décret du 16 Aout 1901.  
Adresse : 9 rue du 4 Septembre 75002 Paris.



Votre Courtier d'Assurances  
**ASSURANCES ET  
CONSEILS MONCEY**  
Orias 07 005 355  
Tel: +(0)1 53 16 31 60  
FRANCE

One Care Pack Expat et One Care Expat CFE sont des produits souscrits par l'Association loi 1901 ACME. Les produits One Care Pack Expat et One Care Expat CFE sont conçus et pilotés par One Care International, SARL de courtage et conseil d'assurances au capital de 45 000 € - ORIAS 07 005 738 - RCS Paris 490226 362. Garantie financière et assurance de responsabilité civile professionnelle conformes aux articles L.530-1 et L.530-2 du Code des Assurances. Membre de l'Association professionnelle ENDYA. Les garanties frais de santé sont portées par MGEN Portugal - Companhia de Seguros, S.A, dont le siège social est situé à Rua Duque de Palmela, 11, Piso 1, A 1250-097 Lisbonne, Portugal, avec un capital social de 7 500 000,00 € et enregistrée sous le numéro unique d'immatriculation et d'identification 517503131. MGEN Portugal est contrôlée par l'Autoridade de Supervisão de Seguros e Fundos de Pensões au Portugal, et est autorisée par l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution pour agir en France par voie de Libre Prestation de Services

# One Care Jeune Expat

## Questionnaire médical (à retourner scanné séparément)

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 soumise 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.

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.** 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 trois mois à compter de la date d'achèvement et de signature de ce formulaire par l'adhérent principal.**

Pour des raisons de confidentialité de votre dossier, merci de joindre ces précisions à votre envoi dans une enveloppe fermée à l'attention du «Médecin conseil». En fonction des précisions apportées et après analyse de notre médecin conseil, nous pouvons être amenés à refuser votre demande d'adhésion ou à l'accepter avec des restrictions de garanties ou avec une majoration de votre cotisation, tel que précisé dans les conditions générales du contrat.

**Chaque assuré doit compléter et signer un Questionnaire Médical. Si vous avez plus d'un questionnaire médical à compléter, merci d'en imprimer une copie supplémentaire.**

### QUESTIONS

Vous êtes  adhérent principal  conjoint

Nom \_\_\_\_\_

Prénom \_\_\_\_\_

Tension artérielle \_\_\_\_\_

Poids \_\_\_\_\_

Taille \_\_\_\_\_

### VEUILLEZ REpondre A TOUTES LES QUESTIONS ET APPORTER LES PRECISIONS DEMANDEES SI NECESSAIRE

1	Êtes-vous actuellement en arrêt maladie ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
2	Avez-vous eu au cours des 3 dernières années un arrêt médical supérieur à 10 jours ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
3	Avez-vous été hospitalisé(e) (dans un hôpital, une clinique, un établissement thermal...) au cours des 10 dernières années pour un(e) ou plusieurs : - interventions chirurgicales - suivis/traitements médicaux	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
4	Avez-vous été atteint au cours des 10 dernières années de maladies, affections accidents ayant entraîné une surveillance médicale (traitements, soins médicaux, suivi médical régulier...) de plus de 15 jours ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

5	Êtes-vous actuellement sous surveillance médicale (traitements, soins médicaux, suivi médical régulier...) et/ou prenez-vous des médicaments prescrits par un médecin (autre que contraceptifs) ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
6	Bénéficiez-vous avant cette adhésion d'une prise en charge à 100% pour raison médicale par la sécurité sociale dans le cadre d'une ALD (Affection Longue Durée) ? Si oui, merci de préciser la pathologie. Devez-vous, dans les 12 prochains mois, subir : - une intervention médicale ou chirurgicale ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
7	- un examen médical (radiologie, examen de laboratoire, IRM, scanner, consultation...) ? - un traitement médical de toute sorte (psychologie, kinésithérapie, radiothérapie, orthophonie, chimiothérapie, traitement dentaire, médicamenteux...) ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
8	Avez-vous subi, au cours des 5 dernières années, des tests biologiques et/ou sérologiques qui se soient révélés anormaux ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
9	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, ou toute autre pathologie héréditaire ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
10	Consommez-vous : - plus de 10 cigarettes par jour ? - plus de 2 verres de vin (ou équivalent) par jour ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
11	Consommez-vous ou avez-vous déjà consommé des stupéfiants (marijuana, haschich...) ? Si vous avez arrêté, depuis quelle date ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
		/	/
12	Avez-vous déjà suivi une psychothérapie ou consulté un psychiatre ? Si oui, quand ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
		/	/

Si vous avez répondu 'OUI' aux questions ci-dessus pour vous ou l'un des vôtres, merci d'apporter toutes les précisions utiles (date, motif, suite ou séquelle, nature du traitement, durée...) en rappelant le numéro de la (des) question(s) à laquelle (auxquelles) vous avez répondu « OUI ». Si vous avez besoin de plus d'espace, merci de nous joindre vos précisions sur papier libre.

---



---



---



---



---



---



---



---



---



---

Je soussigné(e) certifie avoir répondu avec exactitude et sincérité aux questions de ce formulaire, n'avoir rien déclaré ou omis de déclarer qui puisse induire en erreur VYV IB ou Protegat Cover, et entrainer l'application des articles I.113-8 et I.113-9 du code des assurances.

Fait à (ville/pays) \_\_\_\_\_

Le (jj/mm/aaa) \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**Signature de l'adhérent, ou du représentant légal** (dans ce cas, merci d'indiquer votre qualité (parent, tuteur...) ainsi que votre nom et prénom) précédée de la mention « **Lu et approuvé** »