

Assurances santé Expat Protect

# Bulletin d'adhésion



**Allianz**   
Worldwide Care

**VEUILLEZ COMPLÉTER CE FORMULAIRE EN LETTRES CAPITALES**Si vous ajoutez un nouvel ayant droit, veuillez indiquer votre numéro de police actuel : 

Si vous souhaitez rejoindre une police collective existante, veuillez indiquer :

Nom de groupe Numéro de groupe 

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 droit, le cas échéant) possédez un passeport en cours de validité ou de votre pays de résidence principal.**Pays de résidence principal** : il s'agit du pays dans lequel vous et vos ayants droit (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 76 ans verront leur demande de souscription considérée.**M.  M<sup>me</sup>  Autre  Prénom Nom de famille Date de naissance  /  /  Sexe: Masculin  Féminin Pays d'origine Nationalité Pays de résidence principal Adresse dans le pays de résidence (obligatoire) Numéro de téléphone principal  INDICATIF PAYS  INDICATIF RÉGIONAL Autre numéro de téléphone  INDICATIF PAYS  INDICATIF RÉGIONAL Adresse e-mail (obligatoire – en lettres capitales) Profession (obligatoire – si étudiant, veuillez l'indiquer) **Veillez indiquer la langue dans laquelle vous souhaitez recevoir vos documents contractuels :**Français  Anglais **Informations sur toute assurance santé actuelle nationale ou internationale**Êtes-vous affilié ou en cours d'affiliation à la CFE ? Oui  Non Numéro de Sécurité Sociale **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  /  / **2 Ayants droit à ajouter au contrat****Les ayants droit correspondent au conjoint/partenaire et à 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 souscription de tout ayant droit adulte sera considérée s'ils ont moins de 76 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	Ayant droit 2	Ayant droit 3
Lien de parenté avec le souscripteur	Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/>	Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/>	Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/>
Prénom	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nom de famille	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Date de naissance	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
Sexe	Masculin <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/>	Masculin <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/>	Masculin <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/>
Profession (obligatoire) si étudiant, veuillez l'indiquer	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Pays d'origine	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Pays de résidence principal	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nationalité	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**Informations sur toute assurance santé actuelle nationale ou internationale**Nom de l'assureur Numéro de police

### 3 Commencement de la couverture

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

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 (Ne pas remplir si vous rejoignez une police collective)

**Veuillez noter que chaque formule sélectionnée s'appliquera à tous les membres de la police.**

#### 1 Choisissez votre zone de couverture

- a) Mondiale  b) Mondiale à l'exception des États-Unis (pour les personnes résidant en Chine, à Hong Kong, en Israël, à Singapour, en Suisse et au Royaume-Uni)  
 c) Mondiale à l'exception des États-Unis (pour les résidents des pays autres que ceux indiqués dans la section 4.1 (b) ci-dessus)

#### 2 Choisissez votre type de couverture

- « 1<sup>er</sup> euro » (lorsque le remboursement est proposé dès le 1<sup>er</sup> euro déboursé pour un traitement médical pris en charge par la formule choisie)  
 « CFE Top-up » (lorsque le remboursement est proposé en complément de celui effectué par la CFE pour un traitement médical pris en charge par la formule choisie)

#### 3 Choisissez votre formule Hospitalisation

- Pack Premium  Pack Confort

#### 4 Choisissez vos garanties optionnelles (Ne peuvent être sélectionnées qu'en complément d'une formule Hospitalisation)

##### Formules Médecine Courante

- Pack Premium 80  Pack Confort 80  
 Pack Premium 90  Pack Confort 90  
 Pack Premium 100  Pack Confort 100

##### Formule Dentaire

- Pack Premium  Pack Confort

##### Formule Évacuation et Rapatriement

- Formule Évacuation et Rapatriement

Si votre couverture n'apparaît pas ci-dessus, veuillez indiquer la formule Hospitalisation souhaitée et toute formule complémentaire :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

### 5 Pathologies préexistantes

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 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, pour les polices individuelles. Les problèmes de santé apparaissant entre la date de 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 ne seront pas 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 d'état de santé

Veuillez remplir le questionnaire suivant en prenant en compte l'ensemble de votre historique médical et celui de vos ayants droit. **Tous les éléments matériels (éléments nous permettant d'évaluer le risque et d'accepter la souscription) doivent être communiqués à l'assureur.** Ne pas les communiquer pourrait entraîner l'annulation de votre contrat ou la réduction du montant des remboursements ou leur rejet en totalité. **En cas de doute, l'élément doit être déclaré. Cette déclaration d'état 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
Taille	_____ cm	_____ cm	_____ cm	_____ cm
Poids	_____ 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"/>
<i>Si oui, veuillez indiquer la quantité quotidienne</i>	_____ /jour	_____ /jour	_____ /jour	_____ /jour
Combien d'unités d'alcool buvez-vous par semaine ? (1 mesure (4 cl) = 1 unité ; 25 cl de bière = 1 unité ; 1 verre de vin = 1 unité ; si aucune, écrire « zéro »)	_____ /semaine	_____ /semaine	_____ /semaine	_____ /semaine
Portez-vous des lunettes ou des lentilles de contact ?	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>Si oui, indiquez :</i>				
• La pathologie	_____	_____	_____	_____
• Le nombre de dioptries pour chaque œil (apparaît sur l'ordonnance d'un opticien)	_____	_____	_____	_____

## Déclaration d'état de santé (suite)

1. Veuillez indiquer si l'une des personnes à assurer a 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  Non
- (b) Epilepsie ou autres troubles neurologiques y compris migraine, sclérose en plaques, lésion d'un nerf Oui  Non
- (c) Troubles digestifs, y compris troubles de l'œsophage, de l'estomac, du foie, du côlon, ou intestinaux Oui  Non
- (d) Anxiété, dépression, syndrome de fatigue chronique, trouble psychologique ou psychiatrique, ou autre trouble mental Oui  Non
- (e) Problèmes de reproduction, gynécologiques ou génitaux Oui  Non
- (f) Problèmes des reins, des voies urinaires, de la vésicule biliaire, du pancréas, y compris le diabète Oui  Non
- (g) Grosseur, kyste, grain de beauté ou cancer Oui  Non
- (h) Problèmes aux yeux, aux oreilles, à la thyroïde, au nez ou de peau (par exemple : acné, eczéma, dermatite) Oui  Non
- (i) Problèmes ou pathologies cardiaques, arythmie, souffles, douleur thoracique, attaque cardiaque, hémorragie, caillots, pathologies du sang, tension artérielle anormale, cholestérol élevé Oui  Non
- (j) Asthme, bronchite ou tout autre problème respiratoire y compris rhinite, sinusite, allergie Oui  Non
- (k) Abus d'alcool, usage impropre de médicaments ou consommation de stupéfiants Oui  Non
- (l) Toute autre maladie ou blessure nécessitant une attention médicale (sauf rhumes et gripes) qui n'est pas indiquée ci-dessus Oui  Non

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

- (a) Déjà été testée positive pour le VIH, l'hépatite B ou C, ou si les résultats d'un tel test sont attendus Oui  Non   
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.
- (b) Déjà souffert de ou été hospitalisée pour une maladie ou accident qui aurait eu comme conséquence un traitement de quelque type ou un arrêt maladie de plus de 14 jours Oui  Non
- (c) Déjà effectué un test de dépistage du cancer ou des bilans de santé au cours des cinq dernières années Oui  Non

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

- (a) Souffre actuellement de désordres, blessures, maladies ou autres pathologies non mentionnés ci-dessus, ou a été conseillée 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 mentionnés ci-dessus, ou attend les résultats des tests Oui  Non
- (b) Consomme actuellement des médicaments (y compris les médicaments en vente libre) de manière régulière 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 toute autre pathologie héréditaire ? Oui  Non

Si oui, veuillez indiquer :

La personne affectée (par ex : mère)

du souscripteur     de l'ayant droit 1     de l'ayant droit 2     de l'ayant droit 3    Autre

Son âge lors du diagnostic    La pathologie découverte

La personne affectée (par ex : père)

du souscripteur     de l'ayant droit 1     de l'ayant droit 2     de l'ayant droit 3    Autre

Son âge lors du diagnostic    La pathologie découverte

La personne affectée (par ex : frère)

du souscripteur     de l'ayant droit 1     de l'ayant droit 2     de l'ayant droit 3    Autre

Son âge lors du diagnostic    La pathologie découverte

*S'il n'y a pas suffisamment d'espace, veuillez utiliser un autre bulletin d'adhésion.*

Les questions 5 et 6 ne sont à remplir que si vous souscrivez une formule dentaire.

5. L'une des personnes à assurer a-t-elle été conseillée de suivre un traitement ? Oui  Non

Si oui, veuillez compléter le questionnaire dentaire téléchargeable sur notre site Internet : [www.allianzworldwidecare.com/members](http://www.allianzworldwidecare.com/members)

6. L'une des personnes à assurer

- (a) Souffre-elle de parodontite (problème important de la gencive et des structures de soutien des dents) ? Oui  Non
- (b) A-t-elle une dent manquante, couronnes, inlays, implants, bridges, plombages ? Oui  Non

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

*S'il n'y a pas suffisamment d'espace, veuillez utiliser un autre bulletin d'adhésion.*



## 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. 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. 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 avenu dès la date de début, sauf accord contraire et écrit de notre part. Si le contrat est considéré comme nul et non avenu 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 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 et j'autorise Allianz Worldwide 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 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 conditions générales et les exclusions de cette police, ainsi que les détails relatifs aux pathologies préexistantes.
- (e) Je comprends :
- que cette demande est valable deux mois à compter de la date d'achèvement et de signature de ce formulaire.
  - que je peux annuler ma demande par écrit, 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 :
- 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.
  - 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 ».
  - que la couverture fournie par Allianz Worldwide Care peut ne pas convenir si mes ayants droit et moi-même sommes ou devenons résidents de pays où des restrictions obligatoires locales en matière d'assurance santé sont en place (par ex. la Suisse).
- (g) 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 Worldwide Care et la CFE. 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.
- (h) Je comprends que je suis responsable de vérifier si je dois me soumettre à une assurance santé locale obligatoire pour m'assurer que ma couverture santé répond aux exigences légales de mon pays de résidence, et je suis satisfait de la conformité de ma couverture aux exigences légales.

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   /   /

## 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. Cette autorisation est valide tant que je ne l'aurai pas annulée par écrit auprès d'Allianz Worldwide Care.

Note interne — nom et cachet de l'agent

**Assurances et Conseils  
Moncey  
224 303**

Signature du souscripteur

Nom du souscripteur en lettres capitales

Date   /   /

## 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 votre numéro de police.

## (a) Devise de paiement

Veillez noter que la devise de paiement est l'euro.

## (b) Fréquence et méthode de paiement

Les paiements sont soumis aux frais administratifs supplémentaires suivants : 0 % pour un paiement annuel, 3 % pour un paiement semestriel, 4 % pour un paiement trimestriel et 5 % pour un paiement mensuel.

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

	Annuel	Semestriel	Trimestriel	Mensuel
Prélèvement automatique*	<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

\* Si vous choisissez le paiement par prélèvement automatique, veuillez s'il vous plaît remplir le formulaire de prélèvement automatique disponible sur : [www.allianzworldwidecare.com/application-form-for-international-healthcare-plans](http://www.allianzworldwidecare.com/application-form-for-international-healthcare-plans). Veuillez également noter que si vous êtes membre d'une police collective et que vous désirez payer par prélèvement automatique, le paiement mensuel doit être sélectionné.

## Paieement par carte de crédit

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

Carte  Mastercard  Visa

Nom du titulaire

Numéro de carte  -  -  -  Date d'expiration   /

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

### Autorisation de paieement par carte de crédit

J'autorise Allianz Worldwide Care   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, telle 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   /   /

## Merci de retourner le formulaire d ment rempli par :

E-mail, après l'avoir numérisé   : [underwriting@allianzworldwidecare.com](mailto:underwriting@allianzworldwidecare.com), ou  
Fax au : +353 1 629 7117, ou  
Courrier   : Allianz Worldwide Care, 15 Joyce Way, Park West Business Campus, Nangor Road, Dublin 12, Irlande

N'hésitez pas à contacter notre service téléphonique au : +353 1 630 1303 (français) ou +353 1 630 1301 (anglais) pour toute question sur ce formulaire ou sur le processus de souscription.

-  [www.facebook.com/allianzworldwidecare](http://www.facebook.com/allianzworldwidecare)
-  [plus.google.com/+allianzworldwidecare](https://plus.google.com/+allianzworldwidecare)
-  [www.youtube.com/user/allianzworldwide](http://www.youtube.com/user/allianzworldwide)
-  [www.linkedin.com/company/allianz-worldwide-care](http://www.linkedin.com/company/allianz-worldwide-care)



Notation entrée en vigueur le 17 décembre 2015. Pour plus d'informations sur les dernières notations, rendez-vous sur [www.ambest.com](http://www.ambest.com)



Professional Adviser  
**INTERNATIONAL  
FUND & PRODUCT  
AWARDS 2015  
WINNER**  
Best International  
Private Health  
Insurance Provider

