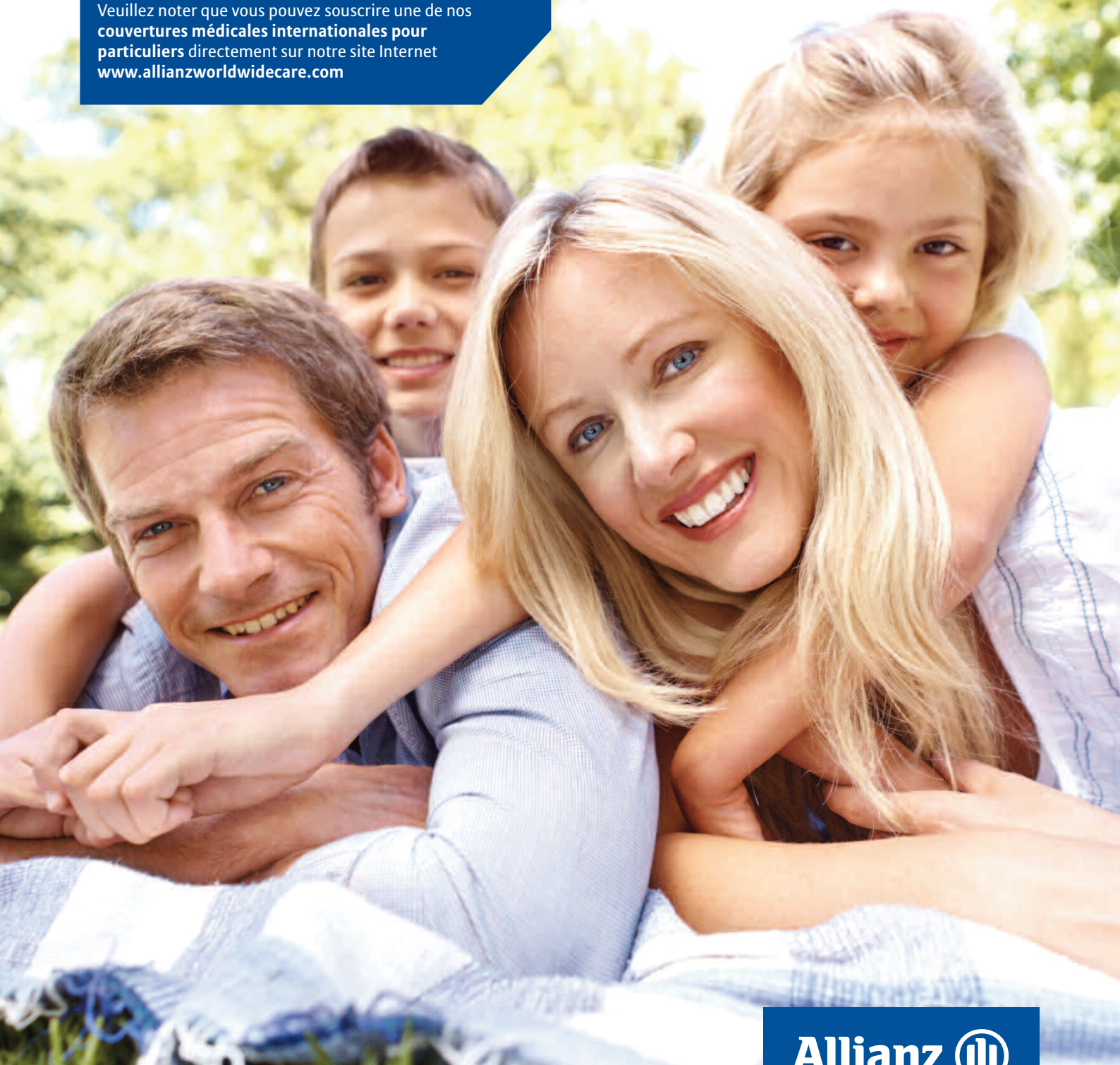


Assurances santé internationales

Bulletin d'adhésion

Veillez noter que vous pouvez souscrire une de nos
couvertures médicales internationales pour
particuliers directement sur notre site Internet
www.allianzworldwidecare.com



Allianz 
Allianz Worldwide Care

Professional Adviser
International
Fund & Product
Awards 2014 
Winner
Best International Private
Health Insurance Provider

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 suivantes apparaissent dans ce formulaire, ils auront les significations définies ci-dessous.

Pays d'origine : pays pour lequel vous (ou vos ayants droits, le cas échéant) possédez un passeport en cours de validité et/ou vers lequel vous souhaiteriez être rapatrié.

Pays de résidence principal : pays dans lequel vous et 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 76 ans verront leur demande de souscription considérée.

M. M^{me} M^{lle} 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 email (obligatoire – en lettres capitales) _____

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

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	_____	_____	_____
Nom de famille	_____	_____	_____
Date de naissance	____ / ____ / ____	____ / ____ / ____	____ / ____ / ____
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	_____	_____	_____
Pays d'origine	_____	_____	_____
Pays de résidence principal	_____	_____	_____
Nationalité	_____	_____	_____
Informations sur toute assurance santé actuelle nationale ou internationale			
Nom de l'assureur	_____	_____	_____
Numéro de police	_____	_____	_____

3 Commencement de la couverture

Veillez indiquer la date à laquelle vous souhaitez que votre couverture commence: J J M M A A

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)

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

1 Choisissez votre zone de couverture

Mondiale Mondiale à l'exception des États-Unis Afrique

2 Choisissez votre formule Hospitalisation

Premier Individual Classic Individual
 Club Individual Essential Individual

3 Choisissez une franchise à la formule Hospitalisation (Vous pouvez choisir une franchise soit sur la formule Hospitalisation, soit sur la formule Médecine Courante. La franchise sélectionnée s'applique par assuré, par année d'assurance. La franchise sur la formule Hospitalisation n'est pas disponible si vous souscrivez à une police collective)

Aucune 3 000 €/2 490 £/3 900 CHF/4 050 \$
 450 €/374 £/585 CHF/610 \$ 6 000 €/4 980 £/7 800 CHF/8 100 \$
 750 €/625 £/975 CHF/1 015 \$ 10 000 €/8 300 £/13 000 CHF/13 500 \$
 1 500 €/1 245 £/1 950 CHF/2 025 \$

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

Formules Médecine Courante

Gold Individual Silver Individual Bronze Individual Crystal Individual

Choisissez une franchise applicable à la formule Médecine Courante

(Vous pouvez choisir une franchise soit sur la formule Hospitalisation, soit sur la formule Médecine Courante. La franchise sélectionnée s'applique par assuré, par année d'assurance)

Aucune 100 €/83 £/130 CHF/135 \$ 200 €/165 £/260 CHF/270 \$

Formule Maternité

(Uniquement disponible si un conjoint/partenaire est couvert par la police)

Premier Maternity (Uniquement disponible en complément de la formule Hospitalisation Premier Individual et l'une des formules Médecine Courante)

Club Maternity (Uniquement disponible en complément de la formule Hospitalisation Club Individual et l'une des formules Médecine Courante)

Formule Dentaire

Dental 1

(Uniquement disponible en complément de la Formule Hospitalisation Premier Individual et la formule Médecine Courante Gold Individual)

Dental 2

Formule 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. 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

Veillez 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 peut entraîner l'annulation du contrat. 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 ? Si oui, veuillez indiquer la quantité quotidienne	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> _____ /jour	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> _____ /jour	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> _____ /jour	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> _____ /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 ? 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"/>
• 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 (par ex. : 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, 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, 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 (par exemple : 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 ne sont pas indiqués 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 hospitalisé 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
6. L'une des personnes à assurer
- (a) Souffre-elle de parodontose ? 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, 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'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 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 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 ».
- (g) Je comprends que je suis responsable de vérifier si je dois me soumettre à une assurance santé locale obligatoire, et je suis satisfait de la conformité de ma couverture aux exigences légales.

En tant que souscripteur, je signe 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 | J | J | M | M | A | A | _____

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.

Signature du souscripteur _____

Nom du souscripteur en lettres capitales _____

Date | J | J | M | M | A | A | _____

Note interne — 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 votre numéro de police.

(a) Devise de paiement

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

Veillez noter que le prélèvement automatique est disponible pour les paiements en euro, livre sterling et franc suisse. Cette option n'est pas disponible pour les paiements en dollar américain.

Euro Livre sterling (GBP) Franc suisse (CHF) Dollar américain

(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* (Pour les paiements en Euro, livre sterling et franc suisse)	<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. 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.

Paie ment 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 | M | M | A | A | _____

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, 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 | J | J | M | M | A | A | _____

Merci de retourner le formulaire dûment complété par:

Email, après l'avoir numérisé à: underwriting@allianzworldwidecare.com, ou

Fax au: + 353 1 629 7117, ou

Courrier à: 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 pour toute question sur ce formulaire ou sur le processus de souscription.