

Date de réception chez Foyer Global Health S.A. :
Date/Responsable du dossier
Nom du courtier/de l'intermédiaire
Numéro du courtier/de l'intermédiaire

Globality YouGenio® World

Demande de couverture d'assurance santé

Foyer Global Health S.A.
12, rue Léon Laval · L-3372 Leudelange · Luxembourg
Tél. : +352 270 444 3603, E-mail : service-yougenio@globality-health.com

Registre de commerce (R.C.S. Luxembourg): B 134.471

Demande de couverture d'assurance santé (assurance individuelle)

 **Rappel : Nous ne pourrons pas traiter votre demande si certaines rubriques sont incomplètement renseignées.**
En cas d'incertitude veuillez vous en référer aux conditions générales d'assurance.

Par la présente, je demande à souscrire un contrat d'assurance santé Globality YouGenio® World pour les personnes ci-après mentionnées.

A. Renseignements personnels sur le titulaire de la police

- J'agis uniquement en tant que titulaire de la police et non en tant que personne assurée.
 J'agis à la fois en tant que titulaire de la police et personne assurée.

Date de prise d'effet de l'assurance (jj/mm/aaaa) <input type="checkbox"/> Ce jour (date de signature) <input type="checkbox"/> Date ultérieure : _____		
Titre	Prénom	Nom
Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Date de naissance (jj/mm/aaaa)	Profession et secteur d'activité
Adresse de correspondance	Nom/numéro du bâtiment	Rue
	Code postal/indicatif régional ET ville	Pays ET région
Données de contact	Tél. portable (+ préfixe national)	
	E-mail	
<input type="checkbox"/> Nouveau (pas d'assurance antérieure auprès de Foyer Global Health S.A.)		<input type="checkbox"/> Ancien client ou client existant de Foyer Global Health S.A. Si oui, veuillez fournir votre (vos) numéro(s) d'assurance.
Nationalité ou nationalités		
Pays où la demande d'assurance est signée		Pays de séjour (où vous séjournerez en tant qu'expatrié)

Langue contractuelle (sera utilisée pour la totalité de la correspondance/des documents)

- Français Anglais Allemand Espagnol Néerlandais

 **Obligatoire**

B. Personnes à assurer

Personne 2

Date de prise d'effet de l'assurance (jj/mm/aaaa) <input type="checkbox"/> Ce jour (date de signature) <input type="checkbox"/> Date ultérieure : _____		
Titre	Prénom	Nom
Lien avec le titulaire de la police <input type="checkbox"/> partenaire <input type="checkbox"/> enfant		
Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Date de naissance (jj/mm/aaaa)	Profession et secteur d'activité
Adresse de correspondance <input type="checkbox"/> Même adresse que le titulaire de la police <input type="checkbox"/> Autre adresse (veuillez l'indiquer ci-contre)	Nom/numéro du bâtiment	Rue
	Code postal/indicatif régional ET ville	Pays ET région
Données de contact	Tél. portable (+ préfixe national)	
	E-mail	
<input type="checkbox"/> Nouveau (pas d'assurance antérieure auprès de Foyer Global Health S.A.)		<input type="checkbox"/> Ancien client ou client existant de Foyer Global Health S.A. Si oui, veuillez fournir votre (vos) numéro(s) d'assurance.
Nationalité ou nationalités		
Pays où la demande d'assurance est signée		Pays de séjour (où vous séjournerez en tant qu'expatrié)

Personne 3

Date de prise d'effet de l'assurance (jj/mm/aaaa) <input type="checkbox"/> Ce jour (date de signature) <input type="checkbox"/> Date ultérieure : _____		
Titre	Prénom	Nom
Lien avec le titulaire de la police <input type="checkbox"/> partenaire <input type="checkbox"/> enfant		
Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Date de naissance (jj/mm/aaaa)	Profession et secteur d'activité
Adresse de correspondance <input type="checkbox"/> Même adresse que le titulaire de la police <input type="checkbox"/> Autre adresse (veuillez l'indiquer ci-contre)	Nom/numéro du bâtiment	Rue
	Code postal/indicatif régional ET ville	Pays ET région
Données de contact	Tél. portable (+ préfixe national)	
	E-mail	
<input type="checkbox"/> Nouveau (pas d'assurance antérieure auprès de Foyer Global Health S.A.)		<input type="checkbox"/> Ancien client ou client existant de Foyer Global Health S.A. Si oui, veuillez fournir votre (vos) numéro(s) d'assurance.
Nationalité ou nationalités		
Pays où la demande d'assurance est signée		Pays de séjour (où vous séjournerez en tant qu'expatrié)

Personne 4

Date de prise d'effet de l'assurance (jj/mm/aaaa) <input type="checkbox"/> Ce jour (date de signature) <input type="checkbox"/> Date ultérieure : _____		
Titre	Prénom	Nom
Lien avec le titulaire de la police <input type="checkbox"/> partenaire <input type="checkbox"/> enfant		
Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Date de naissance (jj/mm/aaaa)	Profession et secteur d'activité
Adresse de correspondance <input type="checkbox"/> Même adresse que le titulaire de la police <input type="checkbox"/> Autre adresse (veuillez l'indiquer ci-contre)	Nom/numéro du bâtiment	Rue
	Code postal/indicatif régional ET ville	Pays ET région
Données de contact	Tél. portable (+ préfixe national)	
	E-mail	
<input type="checkbox"/> Nouveau (pas d'assurance antérieure auprès de Foyer Global Health S.A.)		<input type="checkbox"/> Ancien client ou client existant de Foyer Global Health S.A. Si oui, veuillez fournir votre (vos) numéro(s) d'assurance.
Nationalité ou nationalités		
Pays où la demande d'assurance est signée		Pays de séjour (où vous séjournerez en tant qu'expatrié)

C. Formules et régions de destination

Per- sonne	Formule				Région de destination
	Essential	Classic	Plus	Top	
1	<input type="checkbox"/> Pas de franchise	Franchise : <input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> 250 €/325 \$/210 £ <input type="checkbox"/> 500 €/650 \$/420 £ <input type="checkbox"/> 1 000 €/1 300 \$/840 £	Franchise : <input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> 250 €/325 \$/210 £ <input type="checkbox"/> 500 €/650 \$/420 £ <input type="checkbox"/> 1 000 €/1 300 \$/840 £ <input type="checkbox"/> 2 500 €/3 250 \$/2 100 £	Franchise : <input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> 250 €/325 \$/210 £ <input type="checkbox"/> 500 €/650 \$/420 £ <input type="checkbox"/> 1 000 €/1 300 \$/840 £ <input type="checkbox"/> 2 500 €/3 250 \$/2 100 £	<input type="checkbox"/> Le monde entier sans USA <input type="checkbox"/> Le monde entier avec USA
2	<input type="checkbox"/> Pas de franchise	Franchise : <input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> 250 €/325 \$/210 £ <input type="checkbox"/> 500 €/650 \$/420 £ <input type="checkbox"/> 1 000 €/1 300 \$/840 £	Franchise : <input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> 250 €/325 \$/210 £ <input type="checkbox"/> 500 €/650 \$/420 £ <input type="checkbox"/> 1 000 €/1 300 \$/840 £ <input type="checkbox"/> 2 500 €/3 250 \$/2 100 £	Franchise : <input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> 250 €/325 \$/210 £ <input type="checkbox"/> 500 €/650 \$/420 £ <input type="checkbox"/> 1 000 €/1 300 \$/840 £ <input type="checkbox"/> 2 500 €/3 250 \$/2 100 £	<input type="checkbox"/> Le monde entier sans USA <input type="checkbox"/> Le monde entier avec USA
3	<input type="checkbox"/> Pas de franchise	Franchise : <input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> 250 €/325 \$/210 £ <input type="checkbox"/> 500 €/650 \$/420 £ <input type="checkbox"/> 1 000 €/1 300 \$/840 £	Franchise : <input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> 250 €/325 \$/210 £ <input type="checkbox"/> 500 €/650 \$/420 £ <input type="checkbox"/> 1 000 €/1 300 \$/840 £ <input type="checkbox"/> 2 500 €/3 250 \$/2 100 £	Franchise : <input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> 250 €/325 \$/210 £ <input type="checkbox"/> 500 €/650 \$/420 £ <input type="checkbox"/> 1 000 €/1 300 \$/840 £ <input type="checkbox"/> 2 500 €/3 250 \$/2 100 £	<input type="checkbox"/> Le monde entier sans USA <input type="checkbox"/> Le monde entier avec USA
4	<input type="checkbox"/> Pas de franchise	Franchise : <input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> 250 €/325 \$/210 £ <input type="checkbox"/> 500 €/650 \$/420 £ <input type="checkbox"/> 1 000 €/1 300 \$/840 £	Franchise : <input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> 250 €/325 \$/210 £ <input type="checkbox"/> 500 €/650 \$/420 £ <input type="checkbox"/> 1 000 €/1 300 \$/840 £ <input type="checkbox"/> 2 500 €/3 250 \$/2 100 £	Franchise : <input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> 250 €/325 \$/210 £ <input type="checkbox"/> 500 €/650 \$/420 £ <input type="checkbox"/> 1 000 €/1 300 \$/840 £ <input type="checkbox"/> 2 500 €/3 250 \$/2 100 £	<input type="checkbox"/> Le monde entier sans USA <input type="checkbox"/> Le monde entier avec USA

Monnaie contractuelle € \$ £

D. Assurances antérieures et médecins

 **Obligatoire : les détails suivants (point 1. ET point 2.) sont exigés.**



1. Bénéficiez-vous actuellement, ou avez-vous bénéficié d'une assurance santé (y compris obligatoire/ privée/ de santé publique) au cours des cinq dernières années ?

Personne	Assureur	N° d'assurance	Couverture	Date de début (jj/mm/aaaa)	Date de fin (jj/mm/aaaa)
1 <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			<input type="checkbox"/> Hospitalière <input type="checkbox"/> Ambulatoire <input type="checkbox"/> Dentaire		
2 <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			<input type="checkbox"/> Hospitalière <input type="checkbox"/> Ambulatoire <input type="checkbox"/> Dentaire		
3 <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			<input type="checkbox"/> Hospitalière <input type="checkbox"/> Ambulatoire <input type="checkbox"/> Dentaire		
4 <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			<input type="checkbox"/> Hospitalière <input type="checkbox"/> Ambulatoire <input type="checkbox"/> Dentaire		

2. Veuillez indiquer le nom et l'adresse du médecin le plus apte à fournir de plus amples renseignements sur votre santé. Si plus d'un médecin (ou clinique) est concerné par les personnes visées par la présente demande, notez les informations supplémentaires dans l'espace réservé à la fin de la section E ou ajoutez une feuille volante.

Per-sonne	Nom du médecin	Adresse hôpital/clinique/médecin	N° de tél. et adresse E-mail
1			
2			
3			
4			

E. Questions concernant votre santé (Health questionnaire)

-  Veuillez cocher l'une des deux options ci-dessous. En l'absence de réponse (), votre demande vaudra pour la couverture médicale complète.
- Moratoire**
Uniquement si toutes les personnes à assurer ont 55 ans ou moins à la date de demande d'assurance (date de signature dans la section G). **Il ne faut pas répondre** au questionnaire médical ci-dessous car toutes les maladies préexistantes et celles en découlant ne sont pas couvertes pendant une période de carence d'au moins 24 mois. Veuillez vous référer à la page 12 du formulaire d'application pour plus d'information sur l'option moratoire.  **Si vous faites le choix de cette option, prière de compléter la section F.**
- Souscription du risque médical complète**
Afin d'évaluer si les maladies préexistantes peuvent être couvertes dès la date de prise d'effet de la couverture d'assurance, toutes les questions de santé listée ci-dessous doivent être remplies correctement et au meilleur des connaissances de l'assuré. Il se peut que, suite à l'évaluation du risque médical, Foyer Global Health S.A. décide d'ajouter des conditions à votre police, d'appliquer une surprime, d'ajouter une exclusion ou de refuser la demande de couverture d'assurance/une personne à assurer.

Important : Vous devez impérativement répondre en détail à toutes les questions. Mentionnez également les symptômes, maladies et séquelles d'accidents qui vous semblent insignifiants. Les tirets ne comptent pas comme des réponses. **Si la place ne suffit pas**, continuez sur une feuille volante en spécifiant le numéro de la personne concernée, et signalez l'existence de cette feuille dans votre demande. Si vous ne souhaitez pas donner certains renseignements à l'intermédiaire, vous devrez les communiquer directement à Foyer Global Health S.A. **par écrit, dans les trois jours suivant la réception du formulaire de demande par Foyer Global Health S.A.**, et indiquer dans celui-ci que les informations en question seront fournies séparément. Si les réponses aux questions figurant sur cette page, dans la mesure où elles sont déterminantes pour la prise en charge du risque, sont incorrectes ou incomplètes, et s'il ne s'agit pas d'une violation délibérée de votre devoir d'information, nous pourrions mettre fin au contrat dans un délai d'un mois après avoir eu connaissance de la violation, à condition de pouvoir prouver que nous n'aurions en aucun cas assuré ce risque. Si notre évaluation du risque est biaisée par un manquement délibéré à votre devoir d'information, le contrat sera nul et non avenue. Vous serez alors tenu(e) de rembourser les prestations d'assurance reçues et nous conserverons les primes acquittées. Les conditions survenant entre la signature de la demande et la confirmation de l'acceptation par Foyer Global Health S.A. seront également réputées préexistantes. **Il est par conséquent nécessaire que vous nous avisiez immédiatement de tout changement important touchant les informations fournies qui interviendrait entre la soumission de la présente demande et son acceptation par nos soins (voir page 10, « Responsabilité des informations fournies dans le formulaire de demande »).**

Conditions préexistantes :

Est considérée comme condition préexistante toute condition médicale ayant entraîné un ou plusieurs symptômes avant la prise d'effet de la couverture auprès de Foyer Global Health S.A., y compris les grossesses, accouchements, complications postnatales et conditions liées, qu'un traitement ou conseil médical ait été sollicité ou non.

Toute condition médicale ou dentaire ou condition liée pour laquelle vous avez :

- eu des symptômes ou reçu un traitement médical ;
- sollicité l'avis ou consulté un médecin en vue de recevoir un traitement médical ou un conseil (bilans de santé inclus) ;
- pris des médicaments (y compris médicaments en vente libre, alternatifs, régimes spéciaux, injections ou vitamines) ou qui,
- à votre connaissance, existait déjà au début de l'assurance.

Les conditions préexistantes peuvent être couvertes par la souscription d'une couverture médicale complète. Les conditions qui surviennent entre la signature de la demande et la confirmation de l'acceptation par le service des souscriptions sont réputées préexistantes. Par la présente, vous êtes tenu(e) de fournir, sur demande, tout renseignement complémentaire éventuellement sollicité.

Si vous disposez déjà ou avez disposé par le passé d'une couverture d'assurance auprès de Foyer Global Health S.A., il n'est pas nécessaire de mentionner les troubles de santé ou traitements subis durant les cinq dernières années dont Foyer Global Health S.A. a pleinement connaissance au travers des factures ou certificats médicaux produits dans le cadre du contrat d'assurance.

 Si vous optez pour le « Moratoire » veuillez ne pas répondre au questionnaire médical ci-dessous.


N°	Questions	Personne 1	Personne 2	Personne 3	Personne 4
1	Quelle est votre taille/ poids ?	_____ cm _____ kg	_____ cm _____ kg	_____ cm _____ kg	_____ cm _____ kg
2	Avez-vous fait usage de produits tabagiques, y compris cigarettes, cigares, tabac à chiquer ou toute forme de tabac, au cours des 12 derniers mois ? Si oui, indiquez le nombre moyen de cigarettes/la quantité moyenne par jour	<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 _____
3	Quel nombre moyen d'unités d'alcool consommez-vous par semaine ? Unités (1 unité = 250 ml de bière/ 100 ml de vin/ 25 ml de spiritueux)	_____	_____	_____	_____
<p>Notez que les pathologies énumérées ci-dessous ne sont que des exemples. Toutes les maladies doivent être mentionnées même celles ne se trouvant pas dans la liste.</p> <p>Au cours des cinq dernières années, avez-vous, ou l'une des personnes à assurer sous cette police a-t-elle,</p> <p>a) vu un médecin ou tout autre professionnel de santé b) eu un problème, souffert de, été hospitalisé(e) pour c) reçu un traitement, effectué des tests ou des examens en liaison avec les causes suivantes :</p>					
4.1	Problèmes cardiaques ou troubles circulatoires (p. ex. tension artérielle élevée, angine de poitrine, douleurs pectorales, crise cardiaque, insuffisance cardiaque, rythme cardiaque anormal, anomalies cardiaques, anévrisme, veines variqueuses, etc.)	<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
4.2	Troubles respiratoires (p. ex. problèmes de respiration, asthme, BPCO, pneumonie, bronchite, tuberculose, allergies, déviation du septum, etc.)	<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
4.3	Troubles endocriniens (p. ex. troubles glandulaires, diabète [type 1 ou 2], problèmes de thyroïde, syndrome de Cushing, maladie d'Addison, maladie de Basedow, etc.)	<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
4.4	Troubles gastro-intestinaux (p. ex. problèmes d'estomac, d'intestins, de foie ou de vésicule biliaire, inflammation/ ulcères de l'estomac, syndrome de l'intestin irritable, maladie de Crohn, colite, altération des habitudes intestinales, hémorroïdes, pancréatite, inflammation du foie, cirrhose, calculs de la vésicule biliaire, hernie, etc.)	<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
4.5	Cancer, tumeurs (p. ex. polypes, tumeurs bénignes, kystes, toute condition cancéreuse ou précancéreuse, etc.)	<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
4.6	Troubles du cerveau et du système nerveux (p. ex. attaque d'apoplexie, démence, migraine, maux de tête chroniques, sclérose en plaques, épilepsie/crises, sciatique, hypotonie, maladie de Parkinson, etc.)	<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
4.7	Problèmes de peau, de cheveux, d'ongles (p. ex. eczéma, dermatite, éruptions cutanées, alopecie areata, psoriasis, acné, kystes, grains de beauté qui démangent ou saignent, etc.)	<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
4.8	Troubles de l'oreille (tinnitus, vertiges, troubles auditifs, surdité)	<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
	Problèmes oculaires (p. ex. glaucome, cataracte, problèmes cornéens, décollement de la rétine, etc.)	<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
	Avez-vous une insuffisance visuelle de 8 dioptries ou plus ? Si oui, veuillez indiquer les dioptries : oeil droit (D) ; oeil gauche (G)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non D _____ G _____	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non D _____ G _____	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non D _____ G _____	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non D _____ G _____
4.9	Troubles urinaires et de la reproduction (p. ex. insuffisance rénale, infections urinaires, incontinence ; troubles testiculaires ou prostatiques, infertilité, problèmes de grossesse/d'accouchement (y compris césariennes), règles abondantes ou irrégulières, fibromes, endométriose, frottis anormaux, ovaires polykystiques, etc.)	<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

N°	Questions	Personne 1	Personne 2	Personne 3	Personne 4
4.10	Troubles sanguins/infectieux/immunitaires (p. ex. analyses de sang anormales, problèmes de coagulation, taux de cholestérol élevé, anémie, malaria, maladie auto-immune, etc.)	<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
4.11	Troubles psychiatriques/psychologiques (p. ex. dépression, stress traité médicalement, anxiété, maladie mentale, schizophrénie, troubles compulsifs ou alimentaires, dépendance des drogues/ de l'alcool, etc.)	<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
4.12	Problèmes musculaires ou osseux (p. ex. rhumatisme, goutte, arthrite, problèmes de dos, nuque/épaules, problèmes de cartilage et de ligaments, remplacements d'articulations, fractures, ostéoporose, conditions inflammatoires, hernie discale, etc.) Veuillez indiquer le côté affecté ou le niveau vertébral affecté, si cela s'applique.	<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
5	Présentez-vous un défaut physique/organique, une maladie chronique/ maladie congénitale, une maladie ou une lésion due au service militaire, une réduction de votre capacité de travail ou un degré de handicap conduisant à un handicap permanent ? Si oui, veuillez joindre une copie du certificat officiel d'invalidité.	<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
6	Avez-vous déjà été testé positif au SIDA, au VIH, à l'Hépatite B, C, D ? Êtes-vous en attente de traitement, de tests, de dépistage ou de résultat de tests ?	<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
7	Grossesse : êtes-vous enceinte ? Si oui, de combien de semaines ?	<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 _____
8	Avez-vous subi une opération chirurgicale en mode hospitalier ou ambulatoire au cours des cinq dernières années ?	<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
9	Vous a-t-on conseillé, ou prévoyez-vous de vous soumettre à un quelconque traitement ou examen ambulatoire/hospitalier ?	<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
10	Avez-vous besoin de quelconques médicaments (p. ex. comprimés, pommades, capsules, sirops, injections, crèmes, suppositoires, inhalateurs, médicaments sans prescription) ? Si oui, veuillez préciser lesquels ainsi que les diagnostics auxquels ils sont liés.	<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
11	Dentaire a) Avez-vous vu un dentiste durant les cinq dernières années pour un traitement ou un contrôle ? b) Suivez-vous actuellement un traitement dentaire (prière d'indiquer les coordonnées de votre dentiste dans la case ci-dessous) ? Une réalisation ou un renouvellement de prothèse sont-ils en cours ? Suivez-vous un traitement pour soigner une maladie parodontale ou orthodontique, ou un tel traitement est-il recommandé ou prévu ? (Si oui, veuillez joindre un plan de traitement à jour et le devis). c) Vous manque-t-il des dents qui n'ont pas encore été remplacées (sauf les dents de lait et de sagesse, ainsi que celles dont les espaces ont été comblés par les dents voisines) ? d) Vous a-t-on diagnostiqué une parodontite ou une autre maladie parodontale ? Si vous avez répondu oui au point b, c ou d, vous serez prié de présenter le formulaire dentaire qui vous sera envoyé par Globality. Ce formulaire dentaire est à remplir, signer et estampiller par un dentiste.	<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"/> 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"/> 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"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

N°	Questions	Personne 1	Personne 2	Personne 3	Personne 4
12a	Avez-vous souffert d'autres maladies, troubles, séquelles d'accidents ou autres dégradations de votre santé (incluant tout implant, endoprothèse, stent ou autre prothèse), avez-vous été hospitalisé ou avez-vous subi quelconque examen/traitement durant les cinq dernières années ? Est-ce le cas actuellement ?	<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
12b	Y a-t-il d'autres conditions médicales non mentionnées ci-dessus dont vous avez ressenti, à un quelconque moment au cours des cinq dernières années, des signes ou des symptômes, sans qu'il y ait eu diagnostic, indépendamment du fait que vous ayez ou non consulté un professionnel de la santé ?	<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

Autres informations :

Si vous avez répondu par « oui » à l'une des questions ci-dessus, veuillez préciser votre réponse dans le tableau ci-dessous.

 **Joignez si possible les comptes rendus médicaux correspondants.**

N° de la personne	N° de la question	Type de maladie/diagnostic, symptômes, partie du corps touchée (droite/gauche), détail du traitement, nom des médicaments prescrits	Date de début du traitement/des symptômes (jj/mm/aaaa)	Date de fin du traitement/des symptômes/en cours (jj/mm/aaaa)	Nom du médecin traitant et adresse de la clinique/de l'hôpital

Informations et observations supplémentaires :

F. Modalités de paiement des primes

a) Périodicité du paiement
 mensuellement trimestriellement semestriellement annuellement

b) Mode de paiement

Prélèvement automatique (Uniquement pour les primes en euros à l'intérieur de la zone euro, au Royaume-Uni et au Danemark ou lorsque votre banque le prévoit expressément). Nous vous prions de remplir le formulaire de prélèvement SEPA ci-joint et de bien vouloir nous le retourner avec la demande d'assurance.

*La zone euro comprend les pays suivants : Allemagne, Autriche, Belgique, Chypre, Espagne, Estonie, Finlande, France, Grèce, Irlande, Italie, Lettonie, Lituanie, Luxembourg, Malte, Pays-Bas, Portugal, Slovaquie, Slovénie.

Paiement par virement bancaire

Carte de crédit
Vous recevrez, en même temps que vos documents d'assurance, un lien vers une page Internet sécurisée sur laquelle vous pourrez indiquer vos coordonnées de carte bancaire afin d'activer votre couverture d'assurance.

G. Déclarations du demandeur et de la/des personne(s) à coassurer

J'ai connaissance des points suivants :

Droit de révocation

Vous pouvez vous rétracter de la police d'assurance sans motif dans un délai de quatorze jours et sans pénalité. Ce délai commence à courir dès la réception de la police d'assurance et des conditions générales. Vous pouvez nous faire part de votre rétractation par courrier, par courriel ou par télécopie avant l'expiration du délai de deux semaines.

Si vous utilisez le droit de rétractation dans un délai de deux semaines, nous vous rembourserons toutes les primes éventuellement déjà réglées. En l'absence d'une rétractation de votre part sous deux semaines, la police d'assurance prend définitivement effet.

Pour respecter ce délai, il vous suffit d'envoyer votre révocation par courrier postal, E-mail ou fax avant sa date d'expiration.

La révocation doit être adressée à
Foyer Global Health S.A.
12, rue Léon Laval
L-3372 Leudelange

En cas de révocation par E-mail ou par fax, merci de l'adresser à :
service-yougenio@globality-health.com, fax +352 / 270 444 3699.

Conséquences de la révocation

Si vous exercez votre droit de révocation, les versements reçus de part et d'autre devront être remboursés.

Responsabilité du contenu de la demande de couverture

Avant de déclarer mon intention de souscrire un contrat, je suis tenu(e) d'indiquer à l'assureur toutes les circonstances dont j'ai connaissance et demandées par l'assureur, qui pourraient être déterminantes pour la décision de l'assureur d'accorder la couverture.

Les conditions survenant entre la signature de la demande et la confirmation de l'acceptation par Foyer Global Health S.A. seront également réputées préexistantes.

Concernant les conséquences juridiques de toute réponse incorrecte aux questions de santé, nous renvoyons aux explications données sur les questions de santé aux pages 4 à 8.

Droit applicable

La police d'assurance est régie par le droit luxembourgeois dans la mesure où aucune réglementation nationale ne serait incompatible avec le droit luxembourgeois.

Autorité de surveillance

Foyer Global Health S.A. est soumise au contrôle du :
Commissariat aux Assurances
11, rue Robert Stumper
L-2557 Luxembourg

Réclamations

Toutes réclamations peuvent être adressées à Foyer Global Health S.A., ou au médiateur des compagnies d'assurances (A.C.A. – Association des Compagnies d'Assurance – en collaboration avec l'U.L.C. – Union Luxembourgeoise des Consommateurs) ou encore à l'autorité de surveillance du secteur des assurances à Luxembourg, le Commissariat aux Assurances.

Externalisation et consentement au transfert de Données personnelles

Le souscripteur comprend que, aux fins de la couverture d'assurance et des services d'assistance associés, Foyer Global Health S.A. externalisera des tâches, fonctions et/ou services liés à l'exécution du contrat, y compris le traitement des sinistres et des réclamations, (les « Services sous-traités »). Cette externalisation ne sera effectuée que pour les prestataires tiers (les « Prestataires de services ») établis dans les pays où la FATF* n'identifie pas de risques spécifiques pour le contrôle (les « Pays d'externalisation »).

* La FATF (The Financial Action Task Force) est une organisation intergouvernementale reconnue qui fixe des normes pour le système financier international. Vous pouvez consulter la liste des pays exclus sur le site :
<http://www.fatf-gafi.org/countries/#high-risk>

Dans ce contexte, le souscripteur consent à ce que Foyer Global Health S.A. transfère ou mette à la disposition des prestataires de services dans les pays d'externalisation les données personnelles, y compris les données d'identification, les coordonnées, les données d'assurance et de santé, les informations bancaires et de crédit, ainsi que les détails du patrimoine du souscripteur, de l'assuré et/ou des bénéficiaires du contrat d'assurance (les « Données personnelles »).

Les données sur la santé ne seront transférées par Foyer Global Health S.A. qu'en respectant les dispositions spécifiques relatives au secret médical et les dispositions associées. Des informations concernant les Prestataires de services peuvent être consultées sur le site Web de Foyer Global Health S.A. et au siège social de Foyer Global Health S.A. Le souscripteur accepte que les Données personnelles, Pays d'externalisation, Services externalisés et Prestataires de services susmentionnés soient mis à jour ou révisés de temps à autre. Le souscripteur sera informé de telles mises à jour et révisions conformément aux accords sur les informations prévues par les conditions générales de l'assurance.

Le consentement ci-dessus peut être révoqué par le souscripteur par courrier postal en envoyant une lettre au responsable de la protection des données (Data Protection Officer) de Foyer Global Health S.A. à l'adresse 12, rue Léon Laval, L-3372 Leudelange, ou par e-mail à dataprotection@globality-health.com Une telle révocation sera équivalente à une résiliation immédiate de la police d'assurance à l'initiative du souscripteur.

Protection des données

Conformément aux règles applicables en matière de protection des données, les personnes concernées, y compris la ou les personnes assurées et le souscripteur (les « Personnes concernées »), sont informées que leurs données personnelles sont traitées par l'assureur, Foyer Global Health S.A. Ceci sera fait uniquement aux fins de l'octroi de la couverture d'assurance, de l'exécution du contrat d'assurance (y compris pour fournir une couverture d'assurance ou pour régler un sinistre, pour gérer le risque associé à la couverture d'assurance par réassurance, etc.), de la fourniture de services d'assistance associés, de conseil et de soutien (notamment contacter un prestataire de services de rapatriement, aider à trouver un prestataire de services médicaux approprié, etc.) et du respect des obligations légales et réglementaires applicables concernant la détection des fraudes, les règlements anti-blanchiment et les exigences réglementaires applicables à la compagnie d'assurances, y compris les exigences de la loi du 7 décembre 2015 sur le secteur des assurances, telle que modifiée. Foyer Global Health S.A. traite également des données personnelles quand ceci est nécessaire pour protéger les intérêts légitimes qu'elle représente, notamment pour assurer la sécurité des équipements et opérations informatiques, pour effectuer des activités de marketing ou des enquêtes avec des questionnaires, et pour faire des investigations sur des

actions potentiellement délictueuses. Les détails communiqués peuvent également être utilisés par Foyer Global Health S.A. pour prendre des décisions automatisées concernant en particulier la conclusion ou l'annulation d'un contrat, la préclusion possible d'un risque ou d'obligations de paiement de prestations.

Les données personnelles qui sont traitées incluent les données d'identification et de contact, les données d'assurance et de santé, et les détails sur les coordonnées bancaires et de crédit (les « Données personnelles »). Les Données personnelles sont obtenues directement auprès des Personnes concernées ou des agents d'assurance des Personnes concernées. Dans certains cas, des données sur la santé peuvent être obtenues auprès de prestataires de services et de leurs employés, et des données d'assurance peuvent être obtenues auprès d'autres compagnies d'assurances et d'institutions d'assurance maladie obligatoire lorsque les Personnes concernées ont consenti à une telle divulgation de ces informations. Le traitement des données sur la santé est nécessaire aux fins des services de souscription (c.-à-d., pour évaluer les risques couverts, pour faire l'ajustement de la police d'assurances et des primes, pour évaluer si la couverture d'assurance demandée peut être fournie, etc.) et de gestion des sinistres. Des informations sur les Personnes concernées peuvent également être communiquées par les agences de notation de crédit gérant des registres de débiteurs insolubles et d'autres personnes pour permettre d'évaluer leur crédit.

Foyer Global Health S.A. peut partager des Données personnelles avec des prestataires de services, y compris des sociétés du groupe, pour l'exécution du contrat d'assurance et la fourniture de services d'assistance, de conseil et de soutien dans les pays où la ou les personnes assurées ont besoin d'une assurance maladie, de soutien et d'assistance. Les Prestataires de services peuvent être situés dans des pays qui n'offrent pas un niveau de protection équivalent à la protection fournie en vertu du droit Luxembourgeois ou de toutes autres normes européennes sur la protection des données. Pour cette raison, Foyer Global Health S.A. a conclu des accords contractuels appropriés avec les prestataires de services afin de garantir des protections adéquates pour le traitement et la protection des données personnelles. Une copie de tels accords peut être consultée au siège social de Foyer Global Health S.A. Des informations sur l'identité et le siège social de tous prestataires de services tiers effectuant le traitement de données sont disponibles en s'adressant à Foyer Global Health S.A. à tout moment. Foyer Global Health S.A. peut également partager des Données personnelles avec d'autres prestataires de services tels que des réassureurs, des banques, des auditeurs et des conseillers juridiques, ou avec des autorités réglementaires ou judiciaires.

Les Personnes concernées ont le droit de demander accès à leurs Données personnelles. Elles peuvent exiger que leurs Données personnelles soient rectifiées en cas d'erreur. Les Personnes concernées peuvent également demander que leurs Données personnelles soient effacées ou que le traitement des données soit limité s'il n'existe plus aucune raison légitime de les détenir ou de les traiter.

Les Personnes concernées ont également le droit de faire objection au traitement de Données personnelles à des fins de marketing direct. Lorsque le traitement des Données personnelles est effectué par Foyer Global Health S.A. au motif que cela est nécessaire aux fins des intérêts légitimes de Foyer Global Health S.A., les Personnes concernées ont également le droit de s'opposer à ce traitement, pour des raisons liées à leur situation particulière.

Le droit à la portabilité des données est accordé dans les conditions indiquées par les règles applicables à la protection des données. Les Personnes concernées peuvent exercer leurs droits en écrivant à Foyer Global Health S.A. à dataprotection@globality-health.com.

Les Personnes concernées ont le droit de se plaindre auprès d'une autorité de supervision compétente.

Les Données personnelles seront conservées pendant la durée de la relation contractuelle et ultérieurement, jusqu'à ce que tous les droits cessent de s'appliquer pour cause de prescription.

La fourniture des Données personnelles, y compris des données sur la santé, est nécessaire pour permettre l'exécution du contrat d'assurance et le règlement des sinistres. Foyer Global Health S.A. peut ne pas être en mesure de fournir la couverture attendue si les informations ne sont pas suffisantes, sont imprécises ou ne sont pas à jour.

Foyer Global Health S.A. pourra être contactée par courrier postal à son siège social indiqué sur son papier à en-tête. Elle peut également être contactée par e-mail à dataprotection@globality-health.com.

Traitement des données sur la santé et consentement à la l'accès aux données médicales

Les Personnes concernées sont informées que les données sur la santé peuvent être traitées par Foyer Global Health S.A. et ses Prestataires de services, y compris les sociétés du groupe, comme stipulé dans la clause de protection des données ci-dessus, pour fournir une couverture d'assurance maladie et pour fournir des services d'assistance associés. En signant ce formulaire de demande, les Personnes concernées peuvent consentir explicitement au traitement des données sur leur santé. Le retrait du consentement n'affectera pas le traitement des données ayant été effectué avant un tel retrait de consentement.

Consentement à la communication d'informations médicales

En signant cette demande d'assurance maladie, j'autorise les médecins, infirmiers et autres membres du personnel médical, ainsi que les employés des hôpitaux, cliniques, maisons de retraite, compagnies d'assurance privées, institutions légales d'assurance maladie, associations d'assurance responsabilité des employeurs et autorités publiques qui sont nommés dans les documents présentés à Foyer Global Health S.A. ou qui ont participé au traitement médical, à fournir à Foyer Global Health S.A. des informations sur ma santé et mon traitement (y compris la cause du décès) afin de permettre l'évaluation du risque médical lors de la conclusion du contrat et la vérification de mes droits en vertu du contrat d'assurance.

En signant cette demande d'assurance maladie, j'autorise également Foyer Global Health S.A. à fournir des informations sur ma santé et mon traitement ou sur ma couverture d'assurance par d'autres sociétés membres du groupe réassurance aux prestataires de soins médicaux sous contrat et aux partenaires coopérant avec Foyer Global Health S.A.

Ce consentement peut être révoqué par le souscripteur par courrier postal en envoyant une lettre au responsable de la protection des données (Data Protection Officer) de Foyer Global Health S.A. à l'adresse 12, rue Léon Laval, L-3372 Leudelange, ou par e-mail à dataprotection@globality-health.com

Foyer Global Health S.A. s'engage à fournir ces informations à des tiers exclusivement aux fins de l'exécution du contrat d'assurance, de l'octroi de la couverture d'assurance et de la fourniture de services d'assistance, de conseil et de soutien. Le consentement tel que défini ci-dessus continuera à s'appliquer après mon décès et sera valable pour que mes enfants soient assurés et pour toute autre personne à assurer que je représente légalement.

J'accepte également, sous réserve de révocation à tout moment, que Foyer Global Health S.A. puisse obtenir des informations du Registre des sociétés, du Registre des débiteurs et du Registre des insolubilités privées, directement ou par l'intermédiaire des agences d'évaluation du crédit, pour évaluer mon crédit.

Date de prise d'effet de la couverture d'assurance

La couverture d'assurance prend effet à la date indiquée dans la police d'assurance (prise d'effet de garantie), mais pas avant le paiement de la première prime et pas avant la fin du délai d'attente.

Nous ne couvrons pas les cas d'assurance se produisant avant la prise d'effet de garantie. En cas de modification de la police d'assurance, ce paragraphe s'appliquera aux ajouts et modifications de la couverture d'assurance comme indiqué ci-dessous.

Bases contractuelles

Le contrat d'assurance sera régi par la police d'assurance, la demande d'assurance les Conditions Générales d'Assurance de Globality YouGenio® World, les conditions particulières et tout avenant éventuel.

En cas de quelconque différend lié à l'assurance, à sa couverture et aux prestations, c'est la version anglaise des Conditions générales d'assurance ainsi que d'autres ouvrages et documentations spécialisés qui feront foi.

Je recevrai une copie de la demande de couverture d'assurance immédiatement après apposition de ma signature.

Modifications

Les modifications de couverture d'assurance ne sont possibles qu'au début d'une nouvelle année d'assurance (monnaie, franchise, plan), sous réserve de notre accord.

Selon la formule choisie, les délais d'attente s'appliqueront également aux garanties additionnelles. Les maladies et leurs suites, ainsi que les séquelles d'accidents survenus pendant la période d'assurance précédente et qui, d'après les résultats d'examen médicaux, constituent une aggravation du risque, peuvent être exclus de la couverture d'assurance de niveau supérieur. Cette clause vaut également pour les traitements et accouchements liés à des grossesses précédemment existantes.

Si des suppléments pour risque sanitaire accru étaient applicables avant le changement de la couverture d'assurance, ceux-ci seront calculés aux mêmes pourcentages des primes dans la nouvelle formule, à moins d'une convention contraire. Les montants correspondants des suppléments participent aux modifications de primes (p. ex. ajustement des primes).

Si une conversion demandée n'est pas effectuée suite à l'exercice du droit de révocation légal, la couverture d'assurance qui était valable jusqu'alors est maintenue.

La période d'assurance précédente est imputée sur la nouvelle assurance lors du changement de couverture.

L'année d'assurance reste inchangée après la conversion.

Personnes assurables

En tant que personne séjournant provisoirement à l'étranger pendant au moins trois mois, je confirme être éligible ou que je serai éligible à partir de la date de prise d'effet de la couverture. J'ai connaissance du fait qu'il n'est possible d'assurer les membres de ma famille/ ma (mon) compagne (compagnon) que dans la mesure où ceux-ci sont éligibles aux termes des Conditions Générales d'Assurance ; ils ne sont pas coassurés automatiquement.

Assurance antérieure

Toute information relative à une assurance de santé antérieure ou au système étatique de soins des 5 dernières années (y compris une assurance de santé obligatoire/ assurance de santé privée/ de santé publique) pour la couverture des soins hospitaliers, en ambulatoire et dentaires doit être fournie à Foyer Global Health S.A. par l'assuré.

Demande d'assurance et acceptation de votre déclaration de couverture d'assurance santé

La demande d'assurance n'oblige aucune des parties à conclure le contrat. Toutefois, nous vous ferons parvenir dans les 30 jours suivant la réception de la demande d'assurance une nouvelle offre dans le cas où une sélection des risques médicaux est nécessaire ou de notre décision de refuser l'assurance. Nous vous fournirons une couverture d'assurance en supposant que vous avez répondu avec exactitude et exhaustivité aux différentes questions posées avant la prise d'effet de la police d'assurance (obligation précontractuelle de déclaration des risques).

Le contrat d'assurance n'est valide que lorsque la demande a été acceptée par écrit par l'assureur et que la police d'assurance a été émise. Le paiement de la première prime à l'intermédiaire d'assurance ne vaut pas acceptation de la demande.

Échéance de la première prime

La prime indiquée dans la police d'assurance est une prime mensuelle payable par avance. Tout supplément de prime facturé pour un risque médical extraordinaire sera indiqué séparément. La première prime est exigible immédiatement après l'acceptation de votre demande de couverture par nos services qui vous transmettront votre police d'assurance.

Durée du contrat

Le contrat d'assurance est conclu initialement pour une durée d'une année d'assurance qui se prolonge automatiquement par périodes de 12 mois à expiration de chaque année d'assurance, à moins que vous vous opposiez à la prolongation au plus tard trois mois avant la fin de l'année d'assurance.

Moratoire

Les personnes âgées de 55 ans ou moins peuvent opter pour un moratoire au lieu de demander une souscription médicale. Dans ce cas, toute maladie préexistante dont a souffert un assuré au cours des cinq dernières années sera couverte après un délai de deux ans sans traitement médical, sans symptômes, sans conseil ou traitement liés à la maladie préexistante. Si l'assuré reçoit un traitement, un conseil ou une médication pour soigner la maladie préexistante dans les deux premières années de l'assurance, le délai d'attente de deux ans (sans traitement, conseil ni médication) pourra recommencer à courir pour la maladie préexistante. Les nouvelles maladies ou états sans lien avec la maladie préexistante seront immédiatement pris en charge.

Maladies préexistantes

Une maladie préexistante est un état médical (ou un état nécessitant un traitement médical), apparu avant la date de début de la couverture d'assurance santé. Aux fins de la définition, un état médical est

- tout état nécessitant des soins médicaux ou dentaires et leurs conséquences, pour lesquels vous avez reçu un traitement médical, aviez des symptômes, avez demandé conseil, consulté un médecin (y compris pour un bilan de santé), ou suivi un traitement (médicaments, régime spécial ou injection) qui existait au début de l'assurance à la connaissance de la personne concernée
- grossesse, accouchement, complications du postpartum et les conséquences y étant liées.

Les états médicaux survenant entre le moment de la demande d'assurance et la confirmation par nos services que nous acceptons de vous assurer sont considérés comme des maladies préexistantes.

- **J'ai lu les déclarations figurant ci-dessus et confirme en signant ce formulaire que les informations fournies dans la présente sont exactes et complètes pour toutes les personnes à assurer. Je confirme avoir lu et compris les conditions générales d'assurance de Globality YouGenio® World et les déclarations imprimées aux pages 10, 11 et 12 (y compris la déclaration concernant mon droit de révocation et la protection des données).**

Levée du secret médical

En signant le présent formulaire

- je consens à ce que les professionnels de santé fournissent à Foyer Global Health S.A. les informations relatives à mon état de santé et à mes traitements médicaux comme détaillé pages 10 et 11.

En n'y consentant pas, je suis conscient que :

1. je déciderai, le cas échéant, si j'autorise ou non les professionnels de santé ou autres institutions à transmettre les informations requises à Foyer Global Health S.A.
2. l'examen de mes demandes de remboursement pourrait nécessiter plus de temps, les prestations pourraient être réduites ou l'assureur pourrait être déchargé de son obligation de verser des prestations si ces dernières ne peuvent être entièrement établies sur la base d'autres sources d'information.

<p>À remplir par l'intermédiaire d'assurance :</p> <p>Certaines questions de la présente demande ont-elles appelé des réponses qui n'auraient pas été consignées dans le présent formulaire ? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui</p>	<p>Si oui, lesquelles ?</p> <div style="border: 1px solid black; height: 40px;"></div>
--	--

Toutes les informations et tous les documents relatifs à mon contrat d'assurance seront envoyés :

- à mon adresse de correspondance à l'intermédiaire d'assurance désigné ci-après, auquel je donne mandat de les recevoir en mon nom :

Protection des données

- Je consens explicitement au traitement des données sur ma santé par Foyer Global Health S.A. et ses Prestataires de services, y compris les sociétés du groupe, comme stipulé dans la clause de protection des données ci-dessus, pour fournir une couverture d'assurance maladie et pour fournir des services d'assistance associés. Ce consentement peut être révoqué à tout moment.

Si je refuse de cocher cette case et de consentir ainsi au traitement des données sur ma santé par Foyer Global Health S.A. et ses Prestataires de services, y compris les sociétés du groupe, comme stipulé dans la clause de protection des données ci-dessus, pour fournir une couverture d'assurance maladie et pour fournir des services d'assistance associés, je comprends que :
La conclusion du contrat d'assurance que j'ai demandé peut-être retardée ou refusée, si les sources d'information restantes ne permettent pas d'enquêter et d'évaluer le risque associé à ma demande.

Marketing direct

- Je consens par la présente à ce que des informations sur des offres spéciales de Foyer Global Health S.A. me soient communiquées par écrit, électroniquement ou par téléphone. Ce consentement peut être révoqué à tout moment.

Toutes les personnes âgées de 18 ans et plus doivent signer. Pour les mineurs et les adultes légalement incapables, ce document doit être signé par un représentant légalement autorisé à le faire. Si le souscripteur et l'assuré sont une seule et même personne, veuillez ne signer qu'une fois.

--	--	--

Lieu et date

Signature du titulaire de la police

Personne assurée 1 (si différent du titulaire de la police)

--	--	--

Personne assurée 2

Personne assurée 3

Personne assurée 4

Signature(s) de la/des personnes coassurée(s) ou de son/ leur(s) représentant(s) légal/légaux

--	--

Nom et n° de l'intermédiaire d'assurance

Nom et n° du sous-intermédiaire 1

--	--

Signature de l'intermédiaire d'assurance

Nom et n° du sous-intermédiaire 2

Nous ne pourrons traiter votre demande si certains champs ne sont pas renseignés.

Merci de renvoyer votre formulaire de demande intégralement complété par :

E-mail : scannez-le et envoyez-le à : service-yougenio@globality-health.com

Fax : imprimez-le et envoyez-le au +352 270 444 3699

Vous pouvez également l'envoyer par courrier postal à : Foyer Global Health S.A., 12, rue Léon Laval, L-3372 Leudelange, Luxembourg