

Bulletin d'adhésion pour les polices soumises à une souscription médicale complète

Avant de commencer, veuillez noter que :

- si vous choisissez de remplir ce formulaire en version imprimée, VEUILLEZ LE REMPLIR EN LETTRES CAPITALES ;
- vous devez remplir le bulletin d'adhésion dans son intégralité et nous communiquer toutes les informations pertinentes. Une fois votre demande envoyée, notre équipe des souscriptions médicales examinera les informations. Si des pathologies médicales sont mentionnées, nous pouvons vous demander des informations supplémentaires. Nous traiterons ensuite les informations et nous vous ferons part de notre décision le plus rapidement possible.
- si vous bénéficiez déjà de l'une de nos couvertures santé et que vous souhaitez souscrire un niveau de couverture plus élevé ou une nouvelle formule, veuillez nous informer de tout problème de santé pour lequel vous avez effectué une demande de remboursement depuis que vous nous avez rejoint.
- dans la section « Autorisations » sur la page 9 :
 - le souscripteur et tous les ayants droit mentionnés âgés de plus de 18 ans doivent apposer leur signature ;
 - tous les souscripteurs adultes doivent donner leur accord tel que détaillé dans les sections 8 et 11. Conformément aux Règlementations générales sur la protection des données, nous ne pourrions pas traiter votre demande sans ces signatures ; Un parent ou tuteur légal devra remplir ces sections pour toute personne de moins de 18 ans.
 - tous les souscripteurs adultes qui souhaitent désigner un courtier comme le point de contact principal de cette police doivent donner leur accord tel que détaillé dans la section 9.

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

Nom du groupe

Numéro de groupe

Si vous ajoutez un nouvel ayant droit à une police déjà existante, veuillez indiquer votre numéro de police actuel :

Allianz Medical Expert (AME) - notre outil de souscription médicale automatisée

Il est possible que nous utilisions un outil de souscription médicale automatisée afin de déterminer si nous pouvons vous couvrir et sous quelles conditions, le cas échéant. Cet outil est utilisé pour traiter les informations personnelles et médicales que vous nous fournissez afin de calculer le coût de votre couverture santé internationale. Sans ces informations, nous sommes dans l'incapacité de calculer la prime de votre assurance en fonction de vos besoins.

Nous évaluons régulièrement la façon dont notre outil de souscription médicale automatisée fonctionne afin de veiller à ce que l'évaluation reste juste. Cette évaluation se base sur les formules que vous sélectionnez et sur les informations personnelles et médicales que vous nous fournissez dans ce formulaire.

Autorisation d'automatiser la décision de la souscription médicale

- En cochant cette case, vous comprenez et acceptez qu'Allianz puisse utiliser un outil de souscription médicale automatisée afin d'évaluer vos données personnelles et médicales dans le but de prendre une décision sur les risques à assurer. Cela s'effectue en conformité avec les directives du RGPD sur le traitement des données à l'aide d'un outil de souscription médicale automatisée.

Une fois que la décision concernant la souscription médicale est prise, vous avez le droit de demander à ce que nous reconsidérions notre décision. Dans ce cas, notre équipe des souscriptions médicales examinera votre dossier. Si vous souhaitez faire valoir ce droit, veuillez nous contacter à l'adresse individual.joining@e.allianz.com

Quelques points à clarifier

Vous remarquerez que nous mentionnons souvent les termes suivants dans ce formulaire. Voici ce qu'ils signifient :

Pays d'origine : pays pour lequel vous (ou vos ayants droit, le cas échéant) possédez un passeport en cours de validité ou pays de résidence principal.

Pays de résidence principal : pays dans lequel vous et vos ayants droit (le cas échéant) vivez pendant plus de six mois par an.

1 Informations sur le souscripteur (Le souscripteur sera le titulaire de la police)

Vos coordonnées seront également utilisées pour partager avec vous des informations importantes concernant votre police. Vous devez nous informer de tout changement de coordonnées au fil du temps 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}. Autre

Prénom

Nom

Date de naissance / / / / / Genre à la naissance : Masculin Féminin

Pays d'origine

Nationalité

Pays de résidence principal

Numéro fiscal (obligatoire pour les personnes résidant en Espagne, en Italie et au Portugal)

Adresse dans le pays de résidence principal (obligatoire)

Numéro de téléphone principal INDICATIF PAYS INDICATIF RÉGIONAL

Autre numéro de téléphone INDICATIF PAYS INDICATIF RÉGIONAL

Adresse e-mail (obligatoire - en lettres capitales)

Profession (obligatoire - si vous êtes étudiant, veuillez l'indiquer ici)

Informations sur toute assurance santé nationale ou internationale actuelle :

Nom de l'assureur

Numéro de police

Date de début / / / / /

Dans quelle langue souhaitez-vous recevoir les documents de votre police ?

Français Anglais

2 Informations sur vos ayants droit

Vous pouvez ajouter des ayants droit à votre police. Les ayants droit correspondent au conjoint/partenaire et à tout enfant qui dépend de vous financièrement, âgé de moins de 18 ans, ou de moins de 26 ans s'il poursuit des études à temps plein. Si votre enfant a entre 18 et 25 ans et poursuit des études à temps plein, veuillez joindre une lettre du collège/de l'université confirmant son statut d'étudiant ou une copie de sa carte d'étudiant. **Seuls les adultes ayants droit de moins de 76 ans verront leur demande de souscription considérée.**

S'il n'y a pas suffisamment de place pour tous vos ayants droit, veuillez utiliser un autre bulletin d'adhésion. Veuillez également à ce que toute Déclaration et tout Accord soit daté(e) et signé(e).

	Ayant droit 1	Ayant droit 2	Ayant droit 3
Lien de parenté avec le souscripteur	Conjoint/Partenaire <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/>	Conjoint/Partenaire <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/>	Conjoint/Partenaire <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/>
Prénom			
Nom de famille			
Date de naissance	<input type="text"/> JJ / <input type="text"/> MM / <input type="text"/> AAAA	<input type="text"/> JJ / <input type="text"/> MM / <input type="text"/> AAAA	<input type="text"/> JJ / <input type="text"/> MM / <input type="text"/> AAAA
Genre à la naissance	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)			
Adresse e-mail (obligatoire pour les ayants droit de plus de 18 ans)			
Pays d'origine			
Pays de résidence principal			
Nationalité			

Informations concernant toute assurance santé nationale ou internationale actuelle

Nom de l'assureur actuel (le cas échéant)			
Numéro de police actuel (le cas échéant)			

3 Date de début de votre couverture

À partir de quelle date souhaitez-vous être couvert ? JJ / MM / AAAA

Vous recevrez la confirmation que votre demande d'adhésion a été acceptée lorsque nous émettrons votre certificat d'assurance. Votre couverture prendra effet à la date de début indiquée sur votre certificat d'assurance.

4 Détails de votre couverture (ne pas remplir si vous rejoignez une police collective)

Choisissez votre zone de couverture :

La zone de couverture est soumise à l'ensemble des conditions générales indiquées dans le guide des conditions générales.

Mondiale

Mondiale à l'exception des États-Unis (pour les personnes résidant en Chine, à Hong Kong, en Israël, à Singapour et au Royaume-Uni)

Mondiale à l'exception des États-Unis (pour les résidents de tous les autres pays)

Choisissez votre type de couverture :

« 1er euro » (lorsque le remboursement est proposé dès le 1er 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)

« Top-up » (lorsque le remboursement est proposé en complément de celui effectué par la sécurité sociale pour un traitement médical pris en charge par la formule choisie)

Sélectionnez votre formule Hospitalisation:

Pack Premium

Pack Confort

L'une des personnes mentionnées sur ce bulletin a-t-elle déjà souffert de, été à l'hôpital pour cause de, ou reçu tout type de traitement, test ou examen pour les maladies suivantes ?

- a) **Maladies ou troubles cardiaques ou cardiovasculaires** tels que, mais sans s'y limiter, une attaque cardiaque, une maladie coronarienne, une maladie vasculaire, l'arythmie, un souffle, des douleurs thoraciques, des caillots, une pathologie du sang, une tension artérielle anormale ou du cholestérol élevé. Oui Non
- b) **Maladies ou troubles dermatologiques** tels que, mais sans s'y limiter, le psoriasis, une dermatite, de l'eczéma, une allergie ou de l'acné. Oui Non
- c) **Maladies ou problèmes endocriniens** tels que, mais sans s'y limiter, le diabète, une pancréatite, les problèmes de poids, la goutte ou des problèmes à la thyroïde, ou autres déséquilibres hormonaux. Oui Non
- d) **Maladies ou problèmes des yeux, du nez ou de la gorge** tels que, mais sans s'y limiter, la cataracte, le glaucome, une rétine détachée, une perte d'audition, des otites, des problèmes aux sinus, une amygdalite, une adénoïdite ou la myopie avec des dioptries supérieures à -6. Oui Non
- e) **Maladies ou troubles gastro-intestinaux** tels que, mais sans s'y limiter, des problèmes d'estomac, des hernies, des hémorroïdes, des calculs biliaires, des polypes du côlon, la maladie de Crohn, des colites ou des problèmes de foie. Oui Non
- f) **Maladies ou troubles infectieux ou viraux** tels que, mais sans s'y limiter, les hépatites A, B, ou C, l'herpès, le VIH, le paludisme, le SARS-CoV-2 / COVID-19, la méningite, des infections du sang ou des maladies sexuellement transmissibles. Oui Non
- g) **Maladies ou problèmes musculaires ou squelettiques** tels que, mais sans s'y limiter, des douleurs au niveau du cou, du dos ou des articulations, de l'arthrite, une fibromyalgie, le remplacement d'une articulation ou des problèmes de ligaments et/ou de cartilage ou le syndrome du canal carpien. Oui Non
- h) **Maladies ou troubles neurologiques** tels que, mais sans s'y limiter, un AVC, la sclérose en plaques, l'épilepsie, les troubles neurodégénératifs, une paralysie, des convulsions, des migraines, la maladie d'Alzheimer ou d'autres formes de démence. Oui Non
- i) **Maladies ou problèmes oncologiques** tels que, mais sans s'y limiter, un cancer, la leucémie, des lymphomes, des tumeurs, des lésions cutanées, des excroissances, des grosseurs, des kystes, des grains de beauté ou des polypes. Oui Non
- j) **Troubles psychiatriques ou psychologiques** tels que, mais sans s'y limiter, le trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH), les troubles du spectre autistique, la dépression, l'anxiété, le syndrome de fatigue chronique, des troubles du comportement alimentaire, les troubles obsessionnels-compulsifs ou l'alcoolisme/la toxicomanie. Oui Non
- k) **Maladies ou problèmes respiratoires ou pulmonaires** tels que, mais sans s'y limiter, la maladie pulmonaire obstructive chronique, la sarcoïdose, de l'asthme, des bronchites, des sinusites, des essoufflements ou des allergies. Oui Non
- l) **Maladies ou problèmes urologiques ou des organes reproducteurs** tels que, mais sans s'y limiter, des problèmes des reins ou des voies urinaires, des troubles du cycle menstruel, des problèmes de fécondité, des fibromes, l'endométriose, des problèmes de prostate ou de testicule. Oui Non
- m) **Maladies ou malformations congénitales présentes avant ou à la naissance**, telles que, mais sans s'y limiter, l'hyperplasie congénitale des surrénales, la mucoviscidose, la trisomie 21, l'hémophilie, des malformations cardiaques, la maladie de Huntington, le syndrome de Klinefelter, le syndrome de Marfan, des malformations et le spina bifida. Oui Non
- Veillez ne pas divulguer les résultats de tests génétiques (ADN ou ARN). Ceux-ci ne sont pas requis pour la procédure de souscription médicale.
- n) **Tout autre problème, maladie, blessure ou accident** qui n'a pas encore été mentionné. Oui Non

Veillez nous indiquer si vous ou vos ayants droit :

- o) Consommez actuellement des médicaments prescrits, des médicaments en vente libre, des cachets ou recevez tout autre traitement. Oui Non
- p) Devez prochainement faire l'objet d'un examen médical, avez été orienté(e) pour des tests/examens, êtes dans l'attente de résultats de tests ou d'un traitement suite à un accident, une blessure, une maladie ou un problème. Oui Non
- q) Avez fait l'objet de tests ou d'examens au cours des 10 dernières années qui ont indiqué la nécessité d'obtenir des conseils médicaux supplémentaires ou de recevoir des traitements, tels qu'une biopsie, une coloscopie, une colposcopie, une tomodensitométrie, une mammographie, une imagerie par résonance magnétique (IRM), un frottis cervico-utérin, un test de l'antigène prostatique spécifique, un échocardiogramme ou une échographie. Oui Non

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

- r) Avez ressenti au cours des deux dernières années des symptômes récurrents ou continus ou des problèmes médicaux qui ne sont PAS liés à une pathologie déjà mentionnée, tels que, mais sans s'y limiter : Oui Non
- Fièvre (39,4°C / 103°F, ou plus) et/ou toux continue
 - Essoufflements
 - Enrouement
 - Maux de tête intenses/continus
 - Grain de beauté ou marque sur la peau qui a saigné, changé ou est devenu douloureux
 - Picotements
 - Vision floue ou double
 - Perte de poids inattendue
 - Saignement du rectum, changement d'habitude intestinale ou de fréquence urinaire
 - Perte de sensation, convulsions, perte de conscience
 - Saignement anormal
 - Douleurs / raideurs articulaires etc.
- s) Avez décidé de vous isoler ou il vous a été recommandé de le faire au cours des 30 derniers jours. Oui Non

Veillez répondre à la question suivante uniquement si vous choisissez une couverture dentaire.

- t) L'une des personnes mentionnées sur ce bulletin suit-elle actuellement ou lui a-t-on conseillé de suivre un traitement dentaire, de subir une chirurgie dentaire, de se faire poser des prothèses dentaires, de suivre des soins d'orthodontie ou de parodontologie ? Oui Non

7 Déclaration

Veillez lire attentivement les déclarations ci-dessous. Vous devrez apposer votre signature ci-dessous dans la section « **Autorisations** » pour confirmer que vous les comprenez et les acceptez.

- Je déclare que toutes les informations fournies ci-dessus sont exactes et complètes, y compris celles rédigées par un tiers. Je déclare qu'aucun élément n'a été omis, déformé ou formulé incorrectement. J'accepte que ce bulletin d'adhésion soit la base du contrat entre Allianz 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, conformément à la législation en vigueur.**
- Je m'engage à informer immédiatement Allianz par écrit de tout changement concernant mon état de santé ou celui de mes ayants droit survenant après la signature du bulletin d'adhésion et avant la date de début de ma police.
- J'accepte de renoncer à mes droits quant au secret médical ou à la confidentialité médicale en ce qui concerne tout dossier médical dans le cadre de cette demande de souscription. J'autorise Allianz 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.
- Sous réserve de restrictions légales, Allianz (ou ses conseillers médicaux, représentants désignés ou experts tiers en cas de litige) peut demander des informations médicales me concernant auprès des professionnels de la santé. Dans ces circonstances, j'autorise tous les praticiens, médecins, dentistes, membres des professions médicales et employés d'hôpitaux, d'autorités sanitaires et d'établissements médicaux à fournir les informations médicales pertinentes, sur demande. Cette autorisation vaut également pour mes ayants droit de moins de 18 ans et ceux qui ne sont pas en mesure de comprendre le sens de cette déclaration.
- Je confirme que :
 - j'ai bien lu et pris connaissance de toutes les définitions, garanties, exclusions et conditions de la police, y compris les informations relatives aux pathologies préexistantes ;
 - j'ai reçu, lu et compris le document d'information sur le produit d'assurance, le guide des conditions générales et le tableau des garanties, et j'accepte les conditions générales qui y sont résumées ;
 - à partir des informations fournies dans ces documents et des formules que j'ai sélectionnées, je pense que le produit que j'ai choisi est le mieux adapté pour répondre à mes besoins spécifiques en matière d'assurance.
- Je comprends que :
 - cette demande est valable deux mois à compter de la date d'achèvement et de signature de ce bulletin ;
 - je peux annuler ma demande par écrit, par courrier ou par e-mail, dans un délai de 30 jours à compter de la date à laquelle je reçois les conditions générales de ma police d'assurance. Si je n'ai pas envoyé de demande de remboursement, la totalité de ma prime me sera remboursée.
- J'accepte :
 - qu'il est de ma responsabilité de vérifier l'exactitude des informations figurant sur le certificat d'assurance ;
 - le fait que cette police d'assurance soit soumise aux conditions générales standard en vigueur au début ou au renouvellement de la police et détaillées dans le guide des conditions générales ;
 - le fait que la couverture fournie par Allianz ne soit pas disponible si mes ayants droit et moi-même sommes ou devenons résidents de pays où des exigences obligatoires en matière d'assurance santé sont en place ;
 - qu'il est de ma responsabilité de vérifier si je dois me soumettre à une assurance santé locale obligatoire dans mon pays de résidence et je peux confirmer que ma couverture santé est conforme aux exigences légales.
- 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 et la CFE. J'autorise également Allianz 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.

8 Désignation du titulaire de la police

Cette section doit être remplie par tous les ayants droit souhaitant désigner le titulaire de la police comme point de contact principal.

Afin de nous aider dans la gestion de la police, vous pouvez désigner le titulaire de la police comme la personne principale à contacter pour l'assurance. Pour cela, il vous suffit de donner votre accord dans la section « **Autorisations** » ci-dessous.

Le titulaire de la police sera autorisé à agir au nom de tous les ayants droit en ce qui concerne la gestion de cette police. Cela peut inclure la communication d'informations médicales confidentielles. Cette autorisation est valide tant que moi ou tout ayant droit couvert n'aurons pas demandé par écrit à Allianz de l'annuler.

9 Désignation du courtier (le cas échéant)

En donnant mon accord dans la section « **Autorisations** » ci-dessous, j'autorise le courtier désigné à agir en mon nom en ce qui concerne la gestion de cette police. Cela peut inclure la communication d'informations médicales confidentielles. Cette autorisation est valide tant que je n'aurai pas demandé par écrit à Allianz de l'annuler.

10 Vos données personnelles

La manière dont nous protégeons votre vie privée et traitons vos informations personnelles est indiquée dans notre notice sur la protection des données. Vous devez la lire avant de nous envoyer vos informations personnelles. Pour consulter notre notice sur la protection des données, rendez-vous sur www.allianzcare.com/fr/confidentialite-du-site-web.html

Vous pouvez également nous contacter au + 353 1 630 1303 pour obtenir un exemplaire papier de notre notice sur la protection des données. Pour toute question sur la manière dont nous utilisons vos informations personnelles, veuillez nous contacter par e-mail à : AP.EU1DataPrivacyOfficer@allianz.com

11 Accord concernant la divulgation des données

Nous avons besoin de votre consentement pour recueillir et traiter les données relatives à votre santé et d'autres types de données personnelles. Si vous ne donnez pas votre consentement explicite, nous ne pourrions pas vous fournir la police à laquelle vous souhaitez souscrire ou traiter toute demande de remboursement que vous effectuerez. Si vous êtes d'accord, vos données seront traitées pour les raisons et activités suivantes.

Un parent ou tuteur légal devra remplir le consentement pour toute personne de moins de 18 ans.

Je, (le souscripteur), et les ayants droit nommés ci-dessous donne :

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

- L'autorisation de recueillir, conserver et utiliser les données relatives à ma santé.** Allianz pourra recueillir, conserver et utiliser les données relatives à ma santé dans le cadre de la gestion de la police (pour m'envoyer un devis d'assurance, pour tarifier des risques ou traiter des demandes de remboursement). Allianz pourra conserver les données relatives à ma santé conformément au Code de la consommation de la loi s'appliquant à cette police d'assurance ou toute autre loi requérant leur conservation.
- L'autorisation d'obtenir mes données auprès de tiers.** Pour me fournir une couverture d'assurance, souscrire les risques d'assurance ou traiter toute demande de remboursement, Allianz pourra obtenir les données relatives à ma santé ou d'autres types de données auprès de médecins, d'infirmières, du personnel soignant d'un hôpital, d'autres institutions médicales, de maisons de santé, de la sécurité sociale, du responsable des assurances collectives de ma société, d'associations professionnelles et de représentants d'organismes publiques. J'accepte de libérer de leurs obligations respectives tous les individus de ces institutions et Allianz quant à la confidentialité des données relatives à ma santé ou d'autres données qu'ils doivent partager et utiliser dans les buts indiqués ci-dessus.
- L'autorisation de partager mes données en dehors d'Allianz.** Allianz peut partager les informations relatives à ma santé et d'autres données avec les experts ou institutions indiqués ci-dessous. Ils utiliseront mes données de la même manière et pour les mêmes raisons qu'Allianz. Je comprends qu'Allianz a mis en place des dispositions avec ces institutions pour protéger mes données. J'accepte de libérer de leurs obligations respectives tous les individus de ces institutions et Allianz quant à la confidentialité des données relatives à ma santé et d'autres données qu'ils doivent partager et utiliser dans les buts indiqués ci-dessous :
 - avec des médecins indépendants pour évaluer les risques d'assurance et toutes les garanties devant m'être réglées directement ou au tiers me fournissant un traitement ou un service dans le cadre de ma police d'assurance ;
 - avec les prestataires de services externes au groupe Allianz qui fournissent certains services au nom d'Allianz, comme l'évaluation des risques et le traitement des demandes de remboursement, lorsque :
 - ces services impliquent le recueil et l'utilisation des données relatives à ma santé et d'autres types de données ; et
 - sans lesquelles Allianz ne pourrait gérer ma police ou me payer les sommes correspondant aux demandes de remboursement qui me sont dues.
 - avec des coassureurs pour partager le risque d'assurance avec d'autres entreprises auxquelles Allianz émet la police et pour gérer en partenariat les demandes de remboursement ;
 - avec d'autres assureurs/réassureurs qui couvrent peut-être le même risque d'assurance simultanément (assurances multiples) pour :
 - partager le paiement de toute compensation m'étant due ; ou
 - collaborer dans le dépistage ou la prévention de la fraude et d'un crime financier.

Si je change d'avis concernant les préférences indiquées ci-dessus (par exemple, je décide de retirer mon accord à l'un des articles énoncés), je peux en informer Allianz en envoyant un e-mail à AP.EU1DataPrivacyOfficer@allianz.com.

12 Préférences marketing

Je, (le souscripteur), et mes ayants droit autorisons Allianz à recueillir, conserver et utiliser nos données personnelles pour nous fournir des informations marketing. Je comprends que mes informations personnelles seront uniquement utilisées pour les raisons et activités suivantes pour lesquelles j'ai expressément donné mon autorisation en cochant les cases ci-dessous.

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

Les informations envoyées par Allianz sur ses produits et services, y compris des informations sur les dernières promotions et sur les nouveaux produits et services.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Les informations envoyées par d'autres compagnies du groupe Allianz sur leurs produits et services. Je comprends qu'à ces fins, vous devrez leur communiquer mes coordonnées.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Les informations envoyées directement par les partenaires d'Allianz sur leurs produits et services. Je comprends qu'à ces fins, vous devrez leur communiquer mes coordonnées.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Ces communications se feront par :

E-mail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Notifications de l'application	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Téléphone	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Courrier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

13 Autorisations

Veuillez indiquer la section pour laquelle vous donnez votre accord.

- | | | |
|--|--------------------------|-------------------|
| 7. Déclaration** | <input type="checkbox"/> | |
| 8. Désignation du titulaire de la police** | <input type="checkbox"/> | |
| 9. Désignation du courtier (le cas échéant) | <input type="checkbox"/> | Nom du courtier : |
| 10. Vos données personnelles** | <input type="checkbox"/> | |
| 11. Accord concernant la divulgation des données** | <input type="checkbox"/> | |
| 12. Préférences marketing | <input type="checkbox"/> | |

Signatures

Le souscripteur et chaque ayant droit mentionné âgé de plus de 18 ans doit signer ce bulletin d'adhésion ici. En signant, vous donnez votre accord pour les sections correspondantes cochées ci-dessus.

 Signature du souscripteur	 Signature de l'ayant droit 1	 Signature de l'ayant droit 2	 Signature de l'ayant droit 3
J J / M M / A A A A	J J / M M / A A A A	J J / M M / A A A A	J J / M M / A A A A

** Veuillez noter que nous ne serons pas en mesure de traiter votre demande d'adhésion si vous n'avez pas donné votre accord pour les sections indiquées dans le tableau « Autorisations » ci-dessus.

14 Informations sur le paiement

Vous n'avez pas besoin de remplir cette section si vous joignez une police collective existante et si votre employeur paie votre prime.

Aucun paiement ne doit être effectué avant la communication de votre numéro de police.

Devise de paiement

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

Mode et fréquence de paiement

Les paiements sont soumis aux frais administratifs supplémentaires suivants : 0 % pour les paiements annuels, 3 % pour les paiements semestriels, 4 % pour les paiements trimestriels et 5 % pour les paiements mensuels.

Veuillez 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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Virement bancaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Non disponible

*Si vous choisissez de payer par prélèvement automatique, veuillez remplir et envoyer le formulaire de prélèvement automatique disponible sur : www.allianzcare.com/fr/assurance-sante-internationale-pour-particuliers/formulaire-d-affiliation.html. 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.

Paiement par carte

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

Type de carte : MasterCard VISA American Express JCB Diners Club Discover

Nom du titulaire de la carte

Numéro de la carte Date d'expiration M M / A A

Cryptogramme visuel

VISA, MasterCard, Discover et Diners Club : les trois derniers chiffres du panneau de signature au dos de la carte.
American Express : numéro à quatre chiffres imprimé au recto de la carte, au-dessus du numéro de la carte.

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

Autorisation de paiement par carte

J'autorise Allianz à débiter sur ma carte la prime de mon assurance santé. Je comprends que je serai informé(e) de la prime après l'acceptation ou le renouvellement de ma police d'assurance ou suite à une demande de ma part affectant ma prime, telle que l'ajout d'un ayant droit. Cette autorisation sera valide tant que je ne l'aurai pas annulée par écrit auprès d'Allianz. Il est entendu que je serai averti(e) de toute modification de la prime dans un délai d'un mois avant sa mise en application.

 Signature du titulaire de la carte _____ Date J J / M M / A A A A

Merci de retourner ce formulaire dûment rempli par :

 E-mail à : individual.joining@e.allianz.com

 Courrier à : Allianz Care
15 Joyce Way
Park West Business Campus
Nangor Road
Dublin 12, Irlande

Pour toute question sur ce formulaire ou sur le processus de souscription, veuillez contacter notre service d'assistance téléphonique au +353 1 630 1303 (français) ou au +353 1 630 1301 (anglais).

-  www.facebook.com/AllianzCare
-  www.linkedin.com/company/allianz-care
-  www.youtube.com/c/allianzcare
-  www.instagram.com/allianzcare/
-  x.com/AllianzCare
-  www.tiktok.com/@allianzcare

Ce document est une traduction française du document en anglais. La version en anglais est la version originale et officielle. Si des différences existent entre cette traduction et la version anglaise, veuillez noter que la version anglaise est la version légalement engageante et officielle.

AWP Health & Life SA, agissant par l'intermédiaire de sa succursale irlandaise, est une société anonyme régie par le code des assurances. Enregistrée en France : No. 401 154 679 RCS Bobigny. Succursale irlandaise enregistrée auprès du bureau d'enregistrement des sociétés irlandaises (Irish Companies Registration Office), numéro d'enregistrement : 907619. Adresse : 15 Joyce Way, Park West Business Campus, Nangor Road, Dublin 12, Irlande. AWP Health & Life SA exerce sous les dénominations commerciales d'Allianz Care et Allianz Partners.