



Assurances Sans Frontières

Couvertures médicales internationales Formulaire d'affiliation

Veillez lire attentivement ce qui suit et fournir toutes les informations nécessaires en **LETTRES MAJUSCULES** et cocher les cases qui conviennent

Si vous êtes déjà assuré chez nous et si ce formulaire est utilisé afin d'ajouter une nouvelle personne à charge, veuillez indiquer votre numéro de police actuel _____

1. Informations concernant le souscripteur.

Merci de compléter la section suivante concernant les personnes à assurer, y compris l'assuré principal et toute personne à charge. Sont considérés comme personnes à charge le conjoint/partenaire et tout enfant dépendant financièrement de l'assuré principal et âgé de moins de 18 ans, ou de moins de 24 ans s'il poursuit des études à temps plein. Merci de fournir un certificat de scolarité pour l'enfant de plus de 18 ans. Veuillez noter que seules les personnes de moins de 70 ans verront leur demande d'affiliation considérée.

Assuré principal

Il est important de nous prévenir de tout changement de vos coordonnées afin que vous receviez la correspondance qui vous est destinée.

M. M^{me} M^{lle} Autre _____ Prénom _____
Autres initiales _____ Nom _____
Date de naissance (jj/mm/aa) _____ Sexe Masculin Féminin
Adresse de correspondance _____

Téléphone domicile (INDICATIF PAYS) (INDICATIF REGIONAL) _____
Téléphone bureau (INDICATIF PAYS) (INDICATIF REGIONAL) _____
Téléphone portable (INDICATIF PAYS) (PREFIX) _____
Fax (INDICATIF PAYS) (INDICATIF REGIONAL) _____
Email (obligatoire) _____
Profession _____
Pays d'origine _____
(Le pays pour lequel vous détenez un passeport en cours de validité et vers lequel vous souhaiteriez être rapatrié)
Pays de résidence _____
(Le pays dans lequel vous passez la majorité de votre temps au cours de la période de couverture d'assurance)
Nationalité _____

Langue dans laquelle vous souhaitez recevoir la documentation

Anglais Allemand Français Espagnol Italien

Personne à contacter dans le cas où quelque chose surviendrait à l'assuré principal :

Nom _____
Adresse _____
Téléphone domicile (INDICATIF PAYS) (INDICATIF REGIONAL) _____
Téléphone portable (INDICATIF PAYS) (PREFIX) _____
Adresse email _____

**Personne à charge 1**M. M^{me} M^{lle} Autre _____ Prénom _____

Nom _____

Date de naissance (jj/mm/aa) _____ Sexe Masculin Féminin Lien de parenté avec l'assuré principal Conjoint Enfant

Profession _____

Pays d'origine _____

(Le pays pour lequel vous détenez un passeport en cours de validité et vers lequel vous souhaiteriez être rapatrié)

Pays de résidence _____

(Le pays dans lequel vous passez la majorité de votre temps au cours de la période de couverture d'assurance)

Nationalité _____

Informations concernant toute assurance santé nationale ou internationale souscrite :

Si la personne à charge 1 est l'époux/épouse, indiquez son numéro de Sécurité Sociale _____

Si vous avez souscrit une police d'assurance santé auprès d'un assureur privé, merci de préciser :

Nom de l'assureur _____

Numéro de police _____ Date de début (jj/mm/aa) _____

Personne à charge 2M. M^{me} M^{lle} Autre _____ Prénom _____

Nom _____

Date de naissance (jj/mm/aa) _____ Sexe Masculin Féminin Lien de parenté avec l'assuré principal Conjoint Enfant

Profession _____

Pays d'origine _____

(Le pays pour lequel vous détenez un passeport en cours de validité et vers lequel vous souhaiteriez être rapatrié)

Pays de résidence _____

(Le pays dans lequel vous passez la majorité de votre temps au cours de la période de couverture d'assurance)

Nationalité _____

Informations concernant toute assurance santé nationale ou internationale souscrite :

Nom de l'assureur _____

Numéro de police _____ Date de début (jj/mm/aa) _____

Personne à charge 3M. M^{me} M^{lle} Autre _____ Prénom _____

Nom _____

Date de naissance (jj/mm/aa) _____ Sexe Masculin Féminin Lien de parenté avec l'assuré principal Conjoint Enfant

Profession _____

Pays d'origine _____

(Le pays pour lequel vous détenez un passeport en cours de validité et vers lequel vous souhaiteriez être rapatrié)

Pays de résidence _____

(Le pays dans lequel vous passez la majorité de votre temps au cours de la période de couverture d'assurance)

Nationalité _____

Informations concernant toute assurance santé nationale ou internationale souscrite :

Nom de l'assureur _____

Numéro de police _____ Date de début (jj/mm/aa) _____

Personne à charge 4M. M^{me} M^{lle} Autre _____ Prénom _____

Nom _____

Date de naissance (jj/mm/aa) _____ Sexe Masculin Féminin Lien de parenté avec l'assuré principal Conjoint Enfant

Profession _____

Pays d'origine _____

(Le pays pour lequel vous détenez un passeport en cours de validité et vers lequel vous souhaiteriez être rapatrié)

Pays de résidence _____

(Le pays dans lequel vous passez la majorité de votre temps au cours de la période de couverture d'assurance)

Nationalité _____

Informations concernant toute assurance santé nationale ou internationale souscrite :

Nom de l'assureur _____



Numéro de police _____ Date de début (jj/mm/aa)
S'il n'y a pas suffisamment de place pour toutes les personnes à votre charge, veuillez utiliser un autre formulaire d'affiliation.

2. Date de début de la police d'assurance.

Merci d'indiquer la date à laquelle vous souhaitez être assuré (veuillez noter que les polices pour particuliers doivent commencer le premier jour du mois) (01/mm/aa)

Cependant, si vous souhaitez joindre une police collective, merci d'indiquer la date à laquelle vous souhaitez commencer votre couverture (jj/mm/aa)

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

3. Détails de votre couverture.

(Il n'est pas nécessaire de remplir cette section si vous joignez une police collective)

Si vous souhaitez une couverture en complément de la CFE, merci de cocher cette case

Couvertures internationales

Merci de choisir la ou les couvertures et la franchise souhaitées

| Couverture principale | Couverture des consultations externes | Franchise (couverture des consultations externes) | Couverture de la maternité | Couverture dentaire | Couverture du rapatriement |
|-----------------------|---------------------------------------|---|----------------------------|---------------------|----------------------------|
| Premier Individual | Gold Individual | 0 | Premier Maternity | Dental 1 | Repatriation Plan |
| Club Individual | Silver Individual | 75 £/100 €/140 \$ | Club Maternity | Dental 2 | |
| Classic Individual | Bronze Individual | 150 £/200 €/280 \$ | | | |
| Essential Individual | Crystal Individual | | | | |

Les couvertures des consultations externes, dentaires et du rapatriement ne peuvent être souscrites qu'en complément d'une couverture principale. La couverture dentaire Dental 1 ne peut être souscrite qu'avec la couverture principale Premier Individual et la couverture des consultations externes Gold Individual.

La couverture Premier Maternity ne peut être achetée qu'en complément de la couverture principale Premier Individual. La couverture Club Maternity ne peut être achetée qu'en complément de la couverture principale Club Individual. Veuillez noter que lorsqu'une couverture de la maternité est achetée, une couverture des consultations externes doit être sélectionnée en accompagnement. Les couvertures de la maternité sont disponibles pour les couples et les familles, cela signifie que le conjoint ou partenaire doit aussi être couvert par la police d'assurance. Merci de noter également qu'un changement des couvertures choisies ne peut se faire qu'au moment du renouvellement de la police.

Si votre couverture n'est pas listée dans les sections ci-dessus, veuillez préciser la couverture principale que vous avez choisie et toute couverture complémentaire :

Merci d'indiquer la zone géographique de couverture

Mondiale Mondiale à l'exception des Etats-Unis Afrique

4. Informations sur le paiement.

(Il n'est pas nécessaire 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 que vous ayez été informé de votre numéro de police.

4.1 Devise de paiement

Veuillez indiquer la devise dans laquelle vous souhaitez effectuer votre paiement

Euros Livres Sterling Dollars US



4.2 Mode et fréquence de paiement

Veillez indiquer √ votre mode et fréquence de paiement souhaités

| | Annuel | Semestriel | Trimestriel | Mensuel |
|-------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Carte bancaire | <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 |

4.3 Informations sur le paiement par carte de crédit

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

Type de carte de crédit MasterCard VISA
Numéro de la carte _____
Code de vérification* _____ Date d'expiration (mm/aa)

Autorisation de paiement par carte de crédit

J'autorise Allianz Worldwide Care à débiter sur ma carte de crédit les primes 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'une personne à charge). Et cela aussi longtemps que je n'aurai pas annulé cette autorisation 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.

Nom du titulaire de la carte _____
Signature du titulaire de la carte _____ Date (jj/mm/aa_)

**Code de vérification : il s'agit des 3 chiffres qui figurent au dos de la carte après le numéro de la carte ou les 3 derniers chiffres figurant dans le cadre de la signature.*

Informations et surtaxes liées au paiement

Les paiements sont soumis aux frais supplémentaires administratifs suivants :

3 % pour un **paiement semestriel**, **4 %** pour un **paiement trimestriel** et **5 %** pour un **paiement mensuel**. **Aucun supplément** ne s'applique aux **paiements annuels**.

- Tous les paiements par chèque doivent être effectués à l'ordre d'Allianz Worldwide Care, en indiquant au verso du chèque le nom du souscripteur accompagné de son numéro de police d'assurance
- En cas de virement bancaire, vous devez clairement mentionner le nom du souscripteur et son numéro de police d'assurance
- Si vous avez choisi de payer par chèque ou virement bancaire, merci de vous assurer que les paiements sont reçus en temps voulu, selon la fréquence de paiement sélectionnée, pour éviter tout retard possible dans le traitement de vos demandes de remboursement
- Nous acceptons uniquement les cartes MasterCard ou VISA pour les paiements par carte de crédit
- Allianz Worldwide Care décline toute responsabilité en cas de paiement ne précisant pas clairement l'identité du souscripteur
- Si des taxes locales obligatoires s'ajoutent aux montants des primes d'assurance, celles-ci seront mentionnées sur votre facture/relevé de paiement

5. Pathologies préexistantes.

Les pathologies préexistantes sont couvertes par la police d'assurance à moins que nous l'ayons spécifié différemment par écrit. Une pathologie qui surviendrait entre la signature du formulaire d'affiliation et l'approbation du département de souscription d'Allianz Worldwide Care sera également considérée comme préexistante. Il est donc nécessaire que vous nous informiez de tous changements survenus entre le moment où vous nous envoyez votre formulaire d'affiliation et notre acceptation.

Par pathologie préexistante, il faut entendre tout problème de santé ou un problème en découlant dont les symptômes sont apparus au cours des 5 années précédant le début de la police d'assurance, même lorsqu'un avis médical ou un traitement n'a pas été sollicité. Un problème de santé ou conséquence de celui-ci dont vous ou les personnes à votre charge connaissent, connaissaient ou auraient pu raisonnablement connaître l'existence, sera considéré comme une pathologie préexistante.



Dans la présente déclaration et à notre demande, vous devez fournir toutes les informations nécessaires dont nous pourrions avoir besoin.

6. Déclaration d'état de santé.

Veillez remplir le questionnaire suivant. Cela doit faire référence à tout votre historique médical, le cas échéant, à moins que cela ne soit indiqué autrement. Toute information fournie est strictement confidentielle. Tous les éléments matériels, y compris ceux directement liés aux questions posées, doivent être communiqués à l'assureur. Ne pas les communiquer peut entraîner l'annulation du contrat. Par élément matériel, on entend l'élément permettant à l'assureur d'évaluer le risque et d'accepter l'affiliation. En cas de doute, l'élément doit être communiqué à l'assureur.

| | Assuré principal | | Personne à charge 1 | | Personne à charge 2 | | Personne à charge 3 | |
|--|------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| | ___cm | ___kg | ___cm | ___kg | ___cm | ___kg | ___cm | ___kg |
| 1. Quel(le) est votre taille/poids ? | | | | | | | | |
| 2. Avez-vous consommé une forme quelconque de tabac au cours des 12 derniers mois ? | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| Type | _____ | | _____ | | _____ | | _____ | |
| Consommation quotidienne/quantité | _____ | | _____ | | _____ | | _____ | |
| 3. 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) | _____ | | _____ | | _____ | | _____ | |
| 4. Souffrez-vous actuellement de maladies, des séquelles d'un accident, d'inaptitudes physiques ou mentales, de troubles psychiatriques, de problèmes médicaux ou dentaires chroniques ou de longue durée ? | 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"/> |
| 5. Avez-vous déjà souffert de, avez-vous été à l'hôpital à cause de, ou avez-vous déjà reçu un traitement, test ou examen pour : | | | | | | | | |
| a) Rhumatisme, goutte, arthrose ou maladie des muscles ou articulations (y compris le dos) ? | 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"/> |
| b) Epilepsie ou autres troubles neurologiques ? | 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"/> |
| c) Troubles digestifs (y compris troubles de l'estomac et/ou intestinaux) ? | 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"/> |
| d) Anxiété, dépression ou trouble mental ou psychiatrique ? | 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"/> |
| e) Problèmes gynécologiques ? | 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"/> |
| f) Problèmes des reins, de la vessie, du foie/pancréas (y compris le diabète) ? | 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"/> |
| g) Grosseur, kyste, grain de beauté ou cancer ? | 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"/> |
| h) Problèmes aux yeux, aux oreilles, au nez ou de peau ? | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| i) Problème cardiaque, attaque cardiaque ou augmentation de la tension artérielle/cholestérol ? | 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"/> |
| j) Asthme, bronchite chronique ou tout autre problème respiratoire ? | 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"/> |
| k) Toute autre maladie ou blessure nécessitant une attention médicale (sauf rhumes et gripes) ? | 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"/> |
| 6. Vous a-t-on conseillé de consulter un médecin pour une maladie ou une douleur récurrente, d'effectuer des examens médicaux ou de suivre un traitement que vous auriez négligé ou dont vous attendez les résultats ? | 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"/> |
| 7. Avez-vous déjà été positif à un test HIV, d'hépatite B ou C ? | 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"/> |
| Attendez-vous les résultats d'un tel test ? | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| <i>Si le résultat est négatif, le fait d'avoir subi un test HIV en lui-même n'aura pas d'influence sur les termes de votre affiliation.</i> | | | | | | | | |



8. Avez-vous déjà souffert de, ou été hospitalisé pour toute autre maladie ou accident qui aurait eu comme conséquence :

- a) Un traitement d'une durée supérieure à 14 jours ? Oui Non Oui Non Oui Non Oui Non
- b) Un arrêt maladie de plus d'une semaine ? Oui Non Oui Non Oui Non Oui Non
- c) Un traitement spécifique ? Oui Non Oui Non Oui Non Oui Non

9. Etes-vous enceinte ?

- Si oui, précisez la date d'accouchement prévue Oui Non Oui Non Oui Non Oui Non
- jj/mm/aa jj/mm/aa jj/mm/aa jj/mm/aa

10. Est-ce que l'un de vos parents, frères ou sœurs (y compris ceux décédés) auraient souffert, avant l'âge de 65 ans, de diabète, problèmes cardiaques, tension artérielle élevée, cancer, troubles rénaux, taux de cholestérol élevé, troubles nerveux tels que Alzheimer, Parkinson ou sclérose, troubles oculaires, d'audition, d'élocution ou tout autre antécédent familial ?

- Oui Non Oui Non Oui Non Oui Non

11. Avez-vous fait un test de dépistage du cancer ou des bilans de santé généraux au cours des 5 dernières années ?

- Oui Non Oui Non Oui Non Oui Non

Information complémentaire.

Si vous avez répondu « Oui » à l'une des questions 4 à 11, veuillez fournir davantage de précisions dans le tableau ci-dessous (en LETTRES MAJUSCULES). Si les informations sont incomplètes, le traitement de votre dossier d'affiliation pourrait être retardé. **En cas de doute sur l'importance d'une information, vous devez tout de même nous la communiquer.**

| Nom | Numéro de la question | Si nécessaire, veuillez fournir la date du premier diagnostic/consultation, nom et adresse du médecin traitant, fréquence et gravité des symptômes, date de la dernière crise ainsi que les détails du traitement que vous avez suivi, suivez ou allez suivre |
|-----|-----------------------|---|
| | | <p><i>S'il n'y a pas suffisamment de place pour toutes les informations, veuillez utiliser un autre formulaire d'affiliation.</i></p> |

Veillez indiquer le nom, l'adresse et le numéro de téléphone de votre médecin traitant :

M. M^{me} M^{lle} Autre _____ Prénom _____

Nom _____

Adresse _____

Numéro de téléphone (INDICATIF PAYS) (INDICATIF REGIONAL) _____

Date de la dernière visite (jj/mm/aa) _____

Merci d'indiquer la date à laquelle vous êtes devenu patient de ce médecin (jj/mm/aa) _____



7. Déclaration dentaire. (A remplir uniquement si vous souscrivez une couverture dentaire)

| | Assuré principal | Personne à charge 1 | Personne à charge 2 | Personne à charge 3 |
|--|--|--|--|--|
| a) Suivez-vous actuellement ou vous a-t-on conseillé de suivre un traitement ? | <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 |
| b) Vous manque-t-il des dents qui n'auraient pas été remplacées (à l'exception des dents de sagesse) ? Si oui, combien ? | <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 _____ |
| c) Avez-vous des prothèses (couronnes, inlays, implants, bridges, plombages, etc.) ? Si oui, combien ? | <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 _____ |
| d) Souffrez-vous de parodontose ? | <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 |
| e) Avez-vous fait faire des contrôles dentaires réguliers au cours des 5 dernières années ? Si oui, veuillez préciser : La date Le résultat | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non jj/mm/aa _____ | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non jj/mm/aa _____ | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non jj/mm/aa _____ | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non jj/mm/aa _____ |

Veillez indiquer le nom, l'adresse et le numéro de téléphone de votre dentiste traitant :

M. Mme M^{lle} Autre _____ Prénom _____
Nom _____
Adresse _____
Numéro de téléphone (INDICATIF PAYS) (INDICATIF REGIONAL) _____

8. Législation concernant la protection des données.

Toutes les données personnelles et médicales fournies seront traitées avec toute la confidentialité requise en accord avec la législation européenne sur la protection des données, la Directive 95/46/CE sur la protection des données et la Directive 2002/58/CE sur la vie privée et communications électroniques. Nous avons besoin des données personnelles dans le but de préparer le devis, d'établir le bilan médical, de rendre les documents liés à la police d'assurance disponibles, de percevoir la prime d'assurance, de payer les demandes de remboursement et de tout autre élément nécessaire à l'exécution et au bon fonctionnement du contrat d'assurance santé établi entre vous et Allianz Worldwide Care. En cas de demande de remboursement, les informations personnelles vous concernant pourront toutefois être transmises aux hôpitaux et/ou aux professionnels de santé. Vous avez le droit d'accéder à vos informations personnelles. Vous avez également le droit de modifier ou de supprimer toute information vous concernant, si vous la croyez incorrecte ou périmée. Allianz Worldwide Care, toute société du groupe Allianz ou toute autre organisation mandatée par nous, est à même de vous contacter concernant des produits/services susceptibles de vous intéresser.

Si vous souhaitez recevoir des informations sur nos autres produits ou services, merci de cocher cette case

9. Déclaration.

Veillez lire attentivement les déclarations suivantes et ne signer ci-dessous que si vous les comprenez et les acceptez.

- Je déclare que toutes les informations fournies ci-dessus sont complètes et conformes à la vérité, y compris celles rédigées par un tiers. Je déclare qu'aucun élément n'a été omis, déformé ou formulé incorrectement. J'accepte que cette déclaration soit la base du contrat entre Allianz Worldwide Care et moi-même. Je reconnais que toute déclaration fautive, incorrecte ou trompeuse rendrait cette assurance nulle et non avenue.
- J'approuve le traitement et la divulgation des informations fournies dans ce formulaire ainsi que toutes autres informations qui pourraient survenir dans le cadre de mon contrat d'assurance santé, comme il est requis par les Directives européennes sur la protection des données susmentionnées.



- c) Je m'engage à informer immédiatement Allianz Worldwide Care par écrit de tout changement concernant mon état de santé ou celui des personnes à ma charge survenant après la signature du formulaire d'affiliation et avant la date de début de ma police.
- d) Je peux annuler ma demande par écrit soit par lettre, email ou fax, dans les 14 jours suivant la date de début de la police d'assurance. Si je n'ai pas envoyé de demande de remboursement, la totalité de ma prime me sera remboursée.
- e) Il est de ma responsabilité de vérifier l'exactitude des informations figurant sur le certificat d'assurance. Si elles devaient ne pas concorder avec le formulaire d'affiliation, elles seront considérées comme acceptées dès lors que je ne les aurai pas contestées dans les 14 jours suivant l'émission dudit certificat.
- f) J'autorise Allianz Worldwide Care à contrôler, si nécessaire, les déclarations concernant mon état de santé et à contrôler auprès d'autres assureurs santé toutes les déclarations effectuées pour le compte de contrats antérieurs ou actuels. J'autorise les praticiens, médecins, dentistes, membres de la profession médicale, employés des hôpitaux et des services de santé publique à communiquer mes dossiers médicaux à Allianz Worldwide Care. Cette autorisation vaut également pour les personnes assurées à ma charge, y compris celles qui ne sont pas en mesure de comprendre le sens de cette déclaration.
- g) J'accepte le fait que cette police d'assurance sera soumise aux conditions générales standards en vigueur au commencement de la police et incluses dans le guide des services et prestations. Je confirme que j'ai bien lu et pris connaissance de toutes les définitions, des garanties, des exclusions et des conditions de la police y compris l'exclusion concernant les pathologies préexistantes.

En tant qu'assuré principal, je signe cette déclaration au nom de toutes les personnes incluses dans ce formulaire d'affiliation.

Signature de l'assuré principal

Date (jj/mm/aa)

Assurances Frontières

CODE 495 120

500 Boulevard Lord Brougham
Domaine de la Croix des Gardes
06400 Cannes
Sarl au Capital de 45000€
ORIAS n°09 048 664
RCS CANNES 509 989 398

Merci de retourner ce formulaire dûment complété à l'adresse ci-dessous :

Allianz Worldwide Care
18B Beckett Way
Park West Business Campus
Nangor Road
Dublin 12
Irlande
Service d'assistance téléphonique : +353 1 630 1303
Fax : +353 1629 7117
Email : underwriting@allianzworldwidecare.com
Site Web : www.allianzworldwidecare.com

Merci d'avoir complété ce formulaire d'affiliation. Avant de nous l'envoyer, veuillez vous assurer que :

- Vos coordonnées sont correctes, car nous les utiliserons pour communiquer avec vous à l'avenir
- Les informations de la section 6 (déclaration d'état de santé) sont correctes et complètes
- Les informations sur le mode de paiement sont intégralement complétées
- Vous avez signé et daté la déclaration de la section 9