



Assurance santé Expat Protect
janvier 2019

BULLETIN d'adhésion

VEUILLEZ REMPLIR CE FORMULAIRE EN LETTRES CAPITALES

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

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

Nom du groupe

Numéro du groupe

Lorsque les mots et expressions suivants apparaissent dans ce formulaire, ils auront les significations définies ci-dessous.

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

Vous devez nous informer de tout changement de coordonnées afin de recevoir la correspondance qui vous est destinée. Seules les personnes de moins de 76 ans verront leur demande de souscription considérée.

M. M^{me} Autre Prénom

Nom

Date de naissance / / Sexe : Masculin Féminin

Pays d'origine

Nationalité

Pays de résidence principal

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 étudiant, veuillez l'indiquer)

Veillez indiquer la langue dans laquelle vous souhaitez recevoir vos documents contractuels :

Français Anglais

Informations sur toute assurance santé internationale actuelle :

Nom de l'assureur

Numéro de police Date de commencement / /

2 AYANTS DROIT À AJOUTER AU CONTRAT

Les ayants droit correspondent au conjoint/partenaire et à tout enfant dépendant financièrement du souscripteur et âgé de moins de 18 ans, ou de moins de 24 ans s'il poursuit des études à temps plein. Veuillez joindre un certificat de scolarité ou une carte d'étudiant pour les enfants de plus de 18 ans. 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 toutes les personnes à votre charge, veuillez utiliser un autre bulletin d'adhésion.

	Ayant droit 1	Ayant droit 2	Ayant droit 3
Lien de parenté avec le souscripteur	Conjoint(e) <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/>	Conjoint(e) <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/>	Conjoint(e) <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/>
Prénom	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nom	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Date de naissance	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
Sexe	Masculin <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/>	Masculin <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/>	Masculin <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/>
Profession (obligatoire - si étudiant, veuillez l'indiquer)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Adresse e-mail (obligatoire pour les ayants droit de plus de 18 ans)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Pays d'origine	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Pays de résidence principal	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nationalité	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Informations concernant toute assurance santé nationale ou internationale :

Nom de l'assureur

Numéro de police

8 ACCORD CONCERNANT LA DIVULGATION DES DONNÉES

Nous requérons votre accord pour recueillir et traiter les données relatives à votre santé et d'autres types de données requises pour souscrire à la police d'assurance santé souhaitée. Si vous n'autorisez pas expressément le traitement de vos données personnelles comme indiqué ci-dessous, nous ne pourrions 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 tout affilié de moins de 18 ans.

■ Je, le souscripteur, l'ayant droit 1, l'ayant droit 2 et l'ayant droit 3 donne :

NOM DU SOUSCRIPTEUR	NOM DE L'AYANT DROIT 1	NOM DE L'AYANT DROIT 2	NOM DE L'AYANT DROIT 3

1. L'autorisation de recueillir, conserver et utiliser les données relatives à ma santé : L'assureur 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). L'assureur pourra conserver les données relatives à ma santé conformément au Code de la consommation s'appliquant à ma police d'assurance avec l'assureur ou toute autre loi requérant leur conservation.

2. L'autorisation d'obtenir mes données auprès de tiers : L'assureur 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 et ce, afin de m'offrir une couverture d'assurance, de tarifier des risques ou de traiter toute demande de remboursement. J'accepte de libérer tous les individus de ces institutions et l'assureur de leurs obligations respectives quant à la confidentialité des données relatives à ma santé ou d'autres données qu'il puisse leur être demandé de partager et d'utiliser dans les buts précités.

3. L'autorisation à l'assureur de partager mes données : L'assureur peut partager les informations relatives à ma santé et d'autres données avec les institutions indiquées ci-dessous pour qu'elles puissent les utiliser de la même manière et pour les mêmes raisons que l'assureur. Je comprends que l'assureur a mis en place des dispositions contractuelles avec ces institutions pour protéger mes données. J'accepte de libérer tous les individus de ces institutions et l'assureur de leurs obligations respectives quant à la confidentialité des données relatives à ma santé ou d'autres données qu'il puisse leur être demandé de partager et d'utiliser dans les buts indiqués ci-dessous :

- Avec des médecins indépendants, si cela est nécessaire 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 santé.
- Avec les prestataires de services des entreprises Allianz Group qui fournissent certains services au nom de l'assureur, comme l'évaluation des risques et le traitement des demandes de remboursement, impliquant le recueil et l'utilisation des données relatives à ma santé et d'autres types de données sans lesquelles l'assureur 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 l'assureur 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 pour 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-dessous (par exemple, je décide de retirer mon accord à l'un des articles énoncés), je peux en informer l'assureur en envoyant un e-mail à AP.EU1DataPrivacyOfficer@allianz.com

DÉSIGNATION DU TITULAIRE DE LA POLICE

Afin de vous 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 sélectionner « Oui » ci-dessous.

J'autorise

INDIQUER LE NOM DU TITULAIRE DE LA POLICE

à agir en mon nom en ce qui concerne la gestion de cette police. Cela comprend la communication d'informations médicales confidentielles. Cette autorisation est valide tant que je ne l'aurai pas annulée par écrit auprès d'Allianz Care.

Oui Non

Oui Non

Oui Non

AGENT

J'autorise

INDIQUER LE NOM DU COURTIER

à agir en mon nom en ce qui concerne la gestion de cette police, ce qui peut inclure la communication d'informations médicales confidentielles. Cette autorisation est valide tant que je ne l'aurai pas annulée par écrit auprès d'Allianz Care.

Note interne - nom et cachet de l'agent

Signature du souscripteur

J J / M M / A A A A

Signature de l'ayant droit 1

J J / M M / A A A A

Signature de l'ayant droit 2

J J / M M / A A A A

Signature de l'ayant droit 3

J J / M M / A A A A

9 PRÉFÉRENCES MARKETING

■ Je, le souscripteur, l'ayant droit 1, l'ayant droit 2 et l'ayant droit 3 autorise l'assureur à recueillir, conserver et utiliser mes données personnelles pour me fournir des informations marketing, et je comprends que mes données personnelles seront uniquement traitées pour les raisons et les activités auxquelles j'ai expressément donné mon autorisation.

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 l'assureur sur ses produits et services, y compris des informations sur les dernières promotions et sur les nouveaux produits et services.

• 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.

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

SOUSCRIPTEUR	AYANT DROIT 1	AYANT DROIT 2	AYANT DROIT 3
Ces communications me seront envoyées à l'aide des canaux suivants :			
<input type="checkbox"/> E-mail	<input type="checkbox"/> E-mail	<input type="checkbox"/> E-mail	<input type="checkbox"/> E-mail
<input type="checkbox"/> Notifications de l'application	<input type="checkbox"/> Notifications de l'application	<input type="checkbox"/> Notifications de l'application	<input type="checkbox"/> Notifications de l'application
<input type="checkbox"/> Téléphone	<input type="checkbox"/> Téléphone	<input type="checkbox"/> Téléphone	<input type="checkbox"/> Téléphone
<input type="checkbox"/> Courrier	<input type="checkbox"/> Courrier	<input type="checkbox"/> Courrier	<input type="checkbox"/> Courrier

10 LA PROTECTION DE VOS DONNÉES PERSONNELLES EST NOTRE PRIORITÉ

La manière dont nous protégeons votre vie privée est indiquée dans notre notice sur la protection des données. Il s'agit d'une notice importante qui indique la manière dont nous traitons vos données personnelles et que vous devez consulter avant de nous transmettre vos données personnelles. Pour consulter notre notice sur la protection des données, rendez-vous sur : <https://www.allianzworldwidecare.com/fr/confidentialite-du-site-web/>

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

11 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 la communication de votre numéro de police.

Devise de paiement	Mode et fréquence de paiement			
Veillez noter que la devise de paiement est l'euro.	Les paiements sont soumis aux frais administratifs supplémentaires suivants : 0 % pour un paiement annuel, 3 % pour un paiement semestriel, 4 % pour un paiement trimestriel et 5 % pour un paiement mensuel.			
	Veillez cocher la fréquence et le mode avec lesquels vous souhaitez effectuer votre paiement :			
	Annuel	Semestriel	Trimestriel	Mensuel
Prélèvement automatique* (pour les paiements en euro, livre sterling et franc suisse (CHF))	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Carte de crédit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chèque	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Non disponible
Virement bancaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Non disponible
*Si vous choisissez le paiement par prélèvement automatique, veuillez s'il vous plait remplir et envoyer le formulaire de prélèvement automatique disponible sur : www.allianzworldwidecare.com/application-form-for-international-healthcare-plans . Veillez 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.				

MERCI DE RETOURNER CE FORMULAIRE DÛMENT REMPLI PAR :

E-mail à : underwriting@allianzworldwidecare.com
 Fax au : + 353 1 629 7117
 Courrier à : Allianz Care, 15 Joyce Way, Park West Business Campus, Nangor Road, Dublin 12, Irlande

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

AWP Health & Life SA, agissant par l'intermédiaire de sa succursale irlandaise, est une société anonyme régie par le code des assurances. 401 154 679 RCS Bobigny, France. 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.

FRM-Expat-APP-FR-0119

PAIEMENT PAR CARTE DE CRÉDIT

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

Carte Mastercard Visa American Express

Nom du titulaire de la carte

Numéro de carte - - - Date d'expiration / / /

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

Autorisation de paiement par carte de crédit

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

Signature du titulaire de la carte

Date / / / / /