



Couverture internationale pour les maladies graves

BULLETIN D'ADHÉSION

VEUILLEZ REMPLIR CE FORMULAIRE EN LETTRES CAPITALES SI VOUS NE LE REMPLISSEZ PAS NUMÉRIQUEMENT

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

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

Nom du groupe :

Numéro de groupe :

Comment remplir ce bulletin d'adhésion ?

- Vous devez remplir le bulletin d'adhésion dans son intégralité et nous communiquer toutes les informations pertinentes. Une fois votre demande envoyée, nous examinerons toute pathologie médicale et nous vous ferons part de notre décision le plus rapidement possible.
- La section 7 doit être signée par le titulaire de la police. La section 11 doit être signée par tous les souscripteurs adultes. Conformément au Règlement général européen sur la protection des données (RGPD), 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. Les sections 8 et 9 doivent être signées par tous les souscripteurs adultes ou les parents/tuteurs légaux des souscripteurs mineurs qui souhaitent désigner le titulaire de la police et/ou un courtier comme contact principal de cette police.

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 : Le pays dans lequel vous et vos ayants droit (le cas échéant) vivez pendant plus de huit mois par an.

1 INFORMATIONS SUR LE SOUSCRIPTEUR (merci de noter que le souscripteur sera le titulaire de la police)

Vous devez nous informer de tout changement de coordonnées afin de recevoir la correspondance qui vous est destinée.

Seules les personnes de moins de 65 ans verront leur demande de souscription considérée. Si la personne qui fait la demande en tant que titulaire de la police est un nouveau-né, nous le prendrons en considération pour la couverture s'il est âgé d'au moins 90 jours. Un parent ou un tuteur légal doit compléter et signer toutes les sections de ce formulaire si le souscripteur est mineur.

M. Mme. 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 vous êtes étudiant, veuillez l'indiquer ici)

Informations sur toute assurance santé locale ou internationale actuelle

Nom de l'assureur

Numéro de police Date de commencement / /

Si le souscripteur est mineur, un parent ou tuteur légal doit compléter la section ci-dessous :

Nom complet du parent/tuteur légal

Adresse complète (si différente de celle du demandeur)

Numéro de téléphone INDICATIF PAYS INDICATIF RÉGIONAL

Adresse e-mail

2 AYANTS DROIT À AJOUTER AU CONTRAT

Si la personne qui fait la demande en tant que titulaire de la police est un adulte, les ayants droit peuvent inclure :

- L'époux(se)/le(la) conjoint(e). Seuls les adultes ayants droit de moins de 65 ans verront leur demande de souscription considérée.
- Les enfants financièrement à charge du souscripteur adulte. Les enfants à charge seront pris en considération pour la couverture à partir du moment où ils sont âgés de 90 jours et jusqu'au jour avant leur 18^e anniversaire, ou le jour avant leur 24^e anniversaire s'ils sont étudiants à plein temps. Si un enfant à charge a entre 18 et 23 ans et poursuit des études à plein temps, veuillez joindre une lettre du collègue/de l'université confirmant son statut d'étudiant ou une copie de sa carte d'étudiant.

Si la personne qui fait la demande en tant que titulaire de la police est un mineur, les ayants droit peuvent inclure les frères et sœurs. Nous acceptons les nouveaux-nés à charge sur la couverture s'ils sont âgés d'au moins 90 jours. 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	Époux(se)/Conjoint(e) <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> Frère/soeur <input type="checkbox"/>	Époux(se)/Conjoint(e) <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> Frère/soeur <input type="checkbox"/>	Époux(se)/Conjoint(e) <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> Frère/soeur <input type="checkbox"/>
Prénom			
Nom de famille			
Date de naissance	<input type="text" value="J"/> <input type="text" value="J"/> / <input type="text" value="M"/> <input type="text" value="M"/> / <input type="text" value="A"/> <input type="text" value="A"/> <input type="text" value="A"/> <input type="text" value="A"/>	<input type="text" value="J"/> <input type="text" value="J"/> / <input type="text" value="M"/> <input type="text" value="M"/> / <input type="text" value="A"/> <input type="text" value="A"/> <input type="text" value="A"/> <input type="text" value="A"/>	<input type="text" value="J"/> <input type="text" value="J"/> / <input type="text" value="M"/> <input type="text" value="M"/> / <input type="text" value="A"/> <input type="text" value="A"/> <input type="text" value="A"/> <input type="text" value="A"/>
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)			
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:

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

3 DATE D'ENTRÉE EN VIGUEUR DE LA COUVERTURE

Veuillez indiquer la date à laquelle vous souhaitez que votre couverture commence : / /

Veuillez noter que vous ne pouvez pas rétroactiver votre couverture.

L'affiliation est acceptée et confirmée lorsque nous envoyons le certificat d'assurance, et votre couverture est valide à partir de la date indiquée sur ce certificat.

Avez-vous une autre police Allianz pour les maladies graves en vigueur ? Oui Non

Si oui, veuillez confirmer l'entité Allianz, le numéro de police et le niveau de couverture/le plafond de garantie.

4 DÉTAILS DE LA COUVERTURE (Ne pas remplir si vous rejoignez une police collective.)

Veuillez sélectionner votre formule et consulter le [guide des conditions générales](#) et le [tableau des garanties](#) pour obtenir des informations sur les formules indiquées ci-dessous. La formule que vous sélectionnez dans cette section s'appliquera à toutes les personnes couvertes par votre police.

Avenue 1	<input type="checkbox"/>
Avenue 1 Plus	<input type="checkbox"/>
Avenue 2	<input type="checkbox"/>
Avenue 2 Plus	<input type="checkbox"/>
Avenue 3	<input type="checkbox"/>
Avenue 3 Plus	<input type="checkbox"/>

Des délais de carence s'appliquent à toutes les formules. Les pathologies médicales qui ont été diagnostiquées ou traitées pendant le délai de carence ne sont pas prises en charge par votre couverture Avenue, à moins qu'elles ne résultent directement d'un accident survenu pendant le délai de carence. Les cas médicaux liés à un accident seront évalués et couverts après la fin des délais de carence correspondants.

5 PATHOLOGIES MÉDICALES PRÉEXISTANTES

Les pathologies préexistantes sont des maladies dont un ou plusieurs symptômes sont apparus au cours des 10 années précédant la date d'entrée en vigueur de votre police. Ceci s'applique qu'un traitement ou conseil médical ait été recherché ou non, qu'un diagnostic ait été établi ou non. Toute pathologie, dont vous ou vos ayants droit auriez raisonnablement pu connaître l'existence, sera considérée comme une pathologie préexistante.

Seront également considérées comme préexistantes les pathologies apparaissant entre la date à laquelle vous remplissez ce bulletin d'adhésion et les échéances suivantes (la plus récente prévaudra) :

- La date à laquelle nous envoyons votre certificat d'assurance ou
- La date de commencement de votre police.

Par conséquent, il est essentiel que vous nous informiez si votre état de santé ou celui de vos ayants-droit évolue au cours des délais indiqués ci-dessus. Tout changement non déclaré peut entraîner l'annulation de votre police à partir de sa date d'entrée en vigueur.

Nous prendrons en compte toute pathologie préexistante déclarée et déciderons quelles sont les conditions d'acceptation pour tout cas médical défini dans ce guide. Nous ne prendrons en compte que les pathologies médicales survenues au cours des 10 années précédant la date de début de votre police.

Veuillez consulter le guide des conditions générales et le tableau des garanties pour plus d'informations relatives aux pathologies médicales préexistantes.

La non divulgation de toute pathologie préexistante peut entraîner le rejet de votre demande de remboursement ou l'annulation de votre police à partir de la date d'entrée en vigueur de celle-ci.

6 DÉCLARATION DE SANTÉ

Veuillez répondre aux questions suivantes en fonction de vos antécédents médicaux complets et ceux de vos ayants droit. Il n'est pas nécessaire de déclarer les pathologies médicales dites mineures telles que, mais sans s'y limiter, le rhume des foins, les sinusites, les otites, les indigestions, les déchirures musculaires, les maux de gorge, le rhume, etc. Ces pathologies sont considérées comme étant de nature non complexe et peuvent faire l'objet d'un auto-traitement. Elles ne nécessitent pas d'analyses ou de traitements approfondis. Elles résultent en une guérison complète.

Tous les faits importants (les faits susceptibles d'influencer notre évaluation et notre acceptation de cette demande d'adhésion) doivent être divulgués. En cas de doute sur l'importance d'un fait, vous devez le déclarer. La non-divulgation de tous les faits importants peut entraîner l'annulation de la police.

Cette déclaration de santé est valable deux mois à compter de la date à laquelle vous avez rempli et signé le formulaire.

Souscripteur	Ayant droit 1	Ayant droit 2	Ayant droit 3
<p>1. Votre IMC (ratio taille/poids) est-il supérieur à 35 ? Un calculateur d'IMC est disponible sur : https://www.allianzcare.com/fr/ressources/ressources-pour-les-affilies.html</p>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
<p>2. Si vous avez consommé une forme quelconque de tabac ces 12 derniers mois, la consommation quotidienne moyenne était-elle supérieure à 40 cigarettes ? (Cigarette = 1 unité, 1 cigare de taille moyenne = 2 unités, 1 gramme de tabac à rouler = 2 unités, 1 bol de tabac à pipe = 2,5 unités, Cigarettes électroniques contenant 10 mg de nicotine = 1 unité. Si aucune, écrire « Non »)</p>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
<p>3. Si vous consommez de l'alcool, la quantité d'unités hebdomadaire est-elle supérieure à 30 ? (1 alcool fort = 1 unité ; 250 ml de bière = 1 unité ; 1 verre de vin = 1 unité. Si aucune, écrire « Non »)</p>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
<p>4. Au cours des 10 dernières années, l'une des personnes mentionnées sur ce bulletin a-t-elle déjà souffert de, été à l'hôpital pour cause de, a ressenti des symptômes ou subi tout type d'analyse/examen ou de traitement (y compris une intervention chirurgicale) pour les cas suivants :</p>			
<p>a) Maladie ou trouble oncologique ou pré-cancéreux(se) tel(le) que, mais sans s'y limiter :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Tumeur bénigne ou maligne b. Leucémie c. Maladie de Hodgkin d. Lymphome, sarcome ou mélanome, carcinome basocellulaire e. Frottis anormal (CIN 3 ou plus) ou mammographie (BI-RADS 3 ou plus) f. Leucoplasie g. Naevus dysplasique h. Présence de polypes dans le côlon, l'intestin grêle, la vésicule biliaire et/ou l'estomac i. Taux de marqueurs tumoraux élevé (par exemple, dans le sang (PSA) égal à 4,0 ng/mL ou plus) 	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
<p>b) Greffe d'organe ou maladie organique terminale telle que, mais sans s'y limiter :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Sténose artérielle rénale b. Dialyse c. Greffe de moelle osseuse d. Cirrhose du foie, insuffisance hépatique chronique ou fibrose hépatique 	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

	Souscripteur	Ayant droit 1	Ayant droit 2	Ayant droit 3
c) Maladie ou trouble cardiaque ou cardiovasculaire tel(le) que, mais sans s'y limiter : a. Angine de poitrine b. Cardiomyopathie c. Rythme cardiaque anormal ou arythmie cardiaque d. Cardiopathie ischémique e. Maladie coronarienne ou anomalie des valves cardiaques f. Diabète sucré (à l'exception du diabète gestationnel), intolérance au glucose g. Hypertension non contrôlée ou hypercholestérolémie non contrôlée	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) Maladie auto-immune telle que, mais sans s'y limiter : a. Hyperthyroïdie b. Syndrome de Sjögren c. Polyarthrite rhumatoïde d. Lupus érythémateux systémique e. Syndrome de Guillain-Barré f. Vascularite / Maladie de Kawasaki g. Maladie inflammatoire intestinale (maladie de Crohn, rectocolite hémorragique) h. Polyneuropathie inflammatoire démyélinisante chronique	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) Maladie ou trouble hématologique tel(le) que, mais sans s'y limiter : a. Anémie sévère / aplastique / pernicieuse b. Alpha-thalassémie c. Purpura thrombopénique idiopathique d. Maladie de Von Willebrand e. Syndrome myélodysplasique f. Drépanocytose	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) Maladie ou trouble infectieux(se) ou viral(e) tel(le) que, mais sans s'y limiter : a. Hépatite B chronique b. Hépatite C c. VIH/SIDA d. Méningite	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) Maladie ou trouble neurologique tel(le) que, mais sans s'y limiter : a. Démence b. Sclérose en plaques c. Épilepsie d. Maladie de Parkinson e. Maladie d'Alzheimer f. Convulsions g. Paraplégie h. Paralyse cérébrale ou autres anomalies neurologiques du développement	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) Maladie ou trouble respiratoire tel(le) que, mais sans s'y limiter : a. Trouble pulmonaire obstructif chronique b. Pneumopathie interstitielle c. Mucoviscidose, sarcoïdose d. Hypertension pulmonaire e. Emphysème	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) Pathologie vasculaire ou cardiovasculaire telle que, mais sans s'y limiter : a. AVC b. Maladie artérielle périphérique c. Anévrisme de l'aorte abdominale d. Maladie carotidienne e. Malformation artério-veineuse (MAV) f. Ischémie aigüe d'un membre g. Embolie pulmonaire (caillots sanguins) h. Thrombose veineuse profonde (TVP) i. Insuffisance veineuse chronique j. Tumeurs cérébrales ou anévrismes de l'artère cérébrale k. Athérosclérose l. Accident ischémique transitoire (AIT) Hémorragie cérébrale (saignement) m. Sténose carotidienne n. Anomalie des vaisseaux sanguins dans le neurocrâne ou la moelle épinière	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 DÉCLARATION

Veuillez 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 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 Care et moi-même, et je reconnais que toute déclaration fautive, incorrecte ou trompeuse ou l'omission de déclaration d'informations médicales matérielles peut rendre cette assurance nulle et non avenue.
- Je m'engage à informer immédiatement Allianz Care 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 confidentialité médicale en ce qui concerne tout dossier médical se rapportant à ma pathologie ou mon problème de santé, dans le cadre de cette demande de souscription. J'autorise Allianz 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.
- Sous réserve de restrictions légales, Allianz Care (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 sur les pathologies préexistantes et les délais de carence.
 - J'ai reçu, lu et compris le document d'information sur le produit d'assurance et j'accepte les conditions générales résumées dans le présent document et expliquées de manière plus détaillée dans mon guide des conditions générales.
 - 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, e-mail ou fax, 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, si ces informations ne concordent pas avec le bulletin d'adhésion, elles seront considérées comme acceptées dès lors que je ne les aurai pas contestées dans les 30 jours suivant l'émission du certificat d'assurance.
 - le fait que cette police d'assurance soit soumise aux conditions générales standard en vigueur au commencement ou au renouvellement de la police et détaillées dans le guide des conditions générales.
 - le fait que la couverture fournie par Avenue ne soit pas un substitut aux assurances santé obligatoires locales. Certaines obligations en matière d'assurance santé locale sont en place dans certains pays. Il m'appartient de vérifier la conformité de ma couverture santé à la législation locale.
 - le fait que la couverture fournie par Allianz Care puisse ne pas être applicable si mes ayants droit et moi-même changeons de pays de résidence après le début de notre couverture.
 - 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.

En tant que souscripteur (ou parent/tuteur légal du souscripteur mineur), je signe et date ce formulaire pour le compte de, et au nom de toute personne comprise dans cette demande.



Signature du souscripteur _____

Nom du souscripteur en lettres capitales

Date / /

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 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 sélectionner « Oui » et signer 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 peut inclure la communication d'informations médicales confidentielles. Cette autorisation est valide tant que je n'aurai pas demandé par écrit à Allianz Care de l'annuler.



Signature de l'ayant droit 1 _____

/ /

Signature de l'ayant droit 2 _____

/ /

Signature de l'ayant droit 3 _____

/ /

9 DÉSIGNATION DU COURTIER

Cette section doit être remplie par le souscripteur de la police et ses ayants droit ou les parents/tuteurs légaux des souscripteurs mineurs souhaitant désigner un courtier comme contact principal.

J'autorise

INDIQUER LE NOM DU COURTIER

Note interne - nom et cachet de l'agent

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 Care de l'annuler.



Signature du souscripteur

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

Signature de l'ayant droit 4

J J / M M / A A A A

Si le souscripteur ou l'un des ayants droit est mineur, un parent ou un tuteur légal doit compléter la section ci-dessous :

Nom complet du parent/tuteur légal :

Date de naissance : / /

Adresse e-mail :

Je confirme que je suis le parent ou le tuteur du/des mineur(s) listés ci-dessus (c'est-à-dire le souscripteur et/ou les ayants droit de moins de 18 ans). Je suis pleinement habilité(e) à autoriser la divulgation de leurs données médicales et personnelles, dans le cadre de l'administration de leur couverture d'assurance, au courtier en assurances nommé ci-dessus. Si je change d'avis concernant le consentement ci-dessus, y compris si je décide de l'annuler, je peux en informer Allianz Care par e-mail à AP.EU1DataPrivacyOfficer@allianz.com

Ce consentement sera valide pendant toute la durée de la police, jusqu'à ce que le mineur atteigne l'âge de 18 ans. Il ou elle pourra dès lors modifier ou révoquer son consentement à tout moment.



Signature du parent/tuteur légal :

Date / /

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. Vous devez la consulter avant de nous transmettre vos données 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 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 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 donnons :

Indiquer le nom du souscripteur	Indiquer le nom de l'ayant droit 1	Indiquer le nom de l'ayant droit 2	Indiquer le nom de l'ayant droit 3
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

- L'autorisation de recueillir, conserver et utiliser les données relatives à ma santé.** Allianz Care 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 Care 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 Care 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 Care 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 Care.** Allianz Care peut partager les informations relatives à ma santé et d'autres données avec les experts ou institutions indiqués ci-dessus. Ils utiliseront mes données de la même manière et pour les mêmes raisons qu'Allianz Care. Je comprends qu'Allianz Care 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 Care 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-dessus :
 - 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 extérieurs à Allianz Group qui fournissent certains services au nom d'Allianz Care, 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 Care 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 Care 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-dessus (par exemple, je décide de retirer mon accord à l'un des articles énoncés), je peux en informer Allianz Care en envoyant un e-mail à AP.EU1DataPrivacyOfficer@allianz.com.



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

12 PRÉFÉRENCES MARKETING

Je, (le souscripteur), (et mes ayants droit) autorise l'assureur à recueillir, conserver et utiliser mes données personnelles pour me 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.

Indiquer le nom du souscripteur	Indiquer le nom de l'ayant droit 1	Indiquer le nom de l'ayant droit 2	Indiquer le nom de l'ayant droit 3
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Les informations envoyées par Allianz Care 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 Care 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 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. Votre prime sera annuelle pendant toute la durée de votre couverture.

Devise de paiement

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

Euro	<input type="checkbox"/>
Livre sterling (GBP)	<input type="checkbox"/>
Franc suisse (CHF)	<input type="checkbox"/>
Dollar US	<input type="checkbox"/>

Le prélèvement automatique est disponible pour les paiements en euro, livre sterling (GBP) et franc suisse (CHF). Le prélèvement automatique n'est pas disponible pour les paiements en dollar (USD).

Mode de paiement

Veuillez cocher votre mode de paiement privilégié :


Prélèvement automatique* (Pour les paiements en euro, livre sterling ou franc suisse)	<input type="checkbox"/>
Carte de crédit	<input type="checkbox"/>
Chèque	<input type="checkbox"/>
Virement bancaire	<input type="checkbox"/>

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





Merci de retourner ce formulaire dûment rempli par :

 E-mail : underwriting@allianzworldwidecare.com

 Fax : +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

 www.facebook.com/AllianzCare/
 www.linkedin.com/company/allianz-care
 www.youtube.com/c/allianzcare
 www.instagram.com/allianzcare/
 twitter.com/AllianzCare

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.

PAIEMENT PAR CARTE DE CRÉDIT

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

Card type Carte MasterCard VISA American Express JCB Diners Club Discover

Nom du titulaire de la carte

Número de carte Date d'expiration / / /

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 de crédit dans notre système, cette page sera détachée du formulaire et détruite pour des raisons de sécurité.

Autorisation de paiement par carte de crédit

J'autorise Allianz Care à débiter sur ma carte de crédit la prime de mon assurance Avenue. Je comprends que je serai informé de la prime 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 sera valide tant que je ne l'aurai pas annulée par écrit auprès d'Allianz Care. 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 / / /