

QUESTIONNAIRE MÉDICAL

Chaque personne à assurer doit remplir un formulaire séparé.

1 INFORMATIONS CONCERNANT LE SOUSCRIPTEUR

Veillez indiquer si ce formulaire concerne le souscripteur principal ou l'un des ayants droit à assurer :

Souscripteur principal

Ayant droit

Souscripteur principal :

Nom

Prénom

Adresse complète dans le pays de résidence (obligatoire)

Ayant droit à assurer (veuillez également remplir la section ci-dessus « Souscripteur principal ») :

Nom

Prénom

Date de naissance JJ / MM / AAAA

Sexe : Masculin Féminin

Adresse (si différente de l'adresse indiquée ci-dessus)

2 PATHOLOGIES PRÉEXISTANTES

Une pathologie préexistante est un problème de santé ou problème découlant de ce dernier dont un ou plusieurs symptômes sont apparus au cours de votre vie, qu'un traitement ou conseil médical ait été recherché ou non. Tout problème de santé ou problème lié, dont vous ou vos ayants droit auriez raisonnablement pu connaître l'existence, sera considéré comme une pathologie préexistante. Les pathologies préexistantes sont couvertes par la police d'assurance, sauf indication contraire écrite de notre part. Les problèmes de santé apparaissant entre la date de signature du questionnaire médical et la date d'effet de la police seront également considérés comme pathologies préexistantes. Ces pathologies préexistantes devront également être soumises à une souscription médicale, et ne seront pas couvertes si elles ne sont pas déclarées. **Pour cette raison, veuillez nous informer de tout changement matériel survenant entre l'envoi du questionnaire médical et notre acceptation.** Dans le présent formulaire et à notre demande, vous êtes dans l'obligation de nous fournir toutes les informations dont nous pourrions avoir besoin. Ce questionnaire doit être rempli complètement et précisément et toutes les informations pertinentes doivent être déclarées : ceci est une condition préalable à la couverture.

3 DÉCLARATION D'ÉTAT DE SANTÉ

3.1 Veuillez fournir les informations suivantes : Taille (cm) Poids (kg)

3.2 Votre état de santé actuel vous empêche-t-il d'exercer votre activité professionnelle dans son intégralité ? Oui Non

Si « Oui », veuillez préciser :

3.3 Souffrez-vous d'un handicap mental, physique ou chronique de naissance ou causé par une maladie ou un accident ? Oui Non

Si « Oui », veuillez préciser :

3.4 Avez-vous subi une intervention chirurgicale ou suivi un traitement médical (médicamenteux ou autre) au cours des 10 dernières années ? Oui Non

Si « Oui », veuillez préciser (y compris les dates d'interventions chirurgicales/traitements médicaux)

3.5 Suivez-vous actuellement, ou vous a-t-on conseillé de suivre l'un des traitements suivants pendant les six prochains mois ?

Hospitalisation Oui Non Veuillez préciser :

Intervention chirurgicale Oui Non Veuillez préciser :

Soins en médecine courante Oui Non Veuillez préciser :

Soins dentaires Oui Non Veuillez préciser :

3.6 Bénéficiez-vous d'un remboursement à 100 % de la part du RCAM ? Oui Non

Si « Oui », veuillez indiquer pour quelle pathologie/problème de santé

4 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 + 32 2 210 6501 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

5 DÉCLARATION

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

- (a) 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 cet contrat nul et non avenue.
- (b) 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 questionnaire médical et avant la date de début du contrat.
- (c) J'accepte de renoncer à mes droits quant au secret médical ou confidentialité médicale en ce qui concerne tout dossier médical et 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. J'autorise les praticiens, médecins, dentistes, membres de la profession médicale, employés des hôpitaux et des services de santé publique ainsi que tout établissement médical à communiquer mes dossiers médicaux à Allianz Care, à ses conseillers médicaux, à ses représentants désignés ou à tout autre tiers expert en cas de litige, sous réserve des restrictions légales applicables. Cette autorisation vaut également pour mes ayants droit assurés, y compris ceux qui ne sont pas en mesure de comprendre le sens de cette déclaration.
- (d) 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.
- (e) Je comprends :
- que ce questionnaire est valable deux mois à compter de la date d'achèvement et de signature.
 - que je peux annuler ma demande par écrit, par courrier, e-mail ou fax, dans un délai de 30 jours à partir 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 reversée.
- (f) J'accepte :
- qu'il est de ma responsabilité de vérifier l'exactitude des informations figurant sur le certificat d'assurance. Si elles ne concordent pas avec le questionnaire médical, elles seront considérées comme acceptées dès lors que je ne les aurai pas contestées dans les 30 jours suivant l'émission dudit certificat.
 - le fait que cette police d'assurance soit soumise aux conditions générales standard en vigueur au commencement de la police et détaillées dans les conditions générales.
- (g) Je comprends que je suis responsable de vérifier si je dois me soumettre à une assurance santé locale obligatoire, et je suis satisfait de la conformité de ma couverture aux exigences légales.

En tant que souscripteur, je signe cette déclaration et ce questionnaire médical pour le compte de et au nom de toutes les personnes incluses dans ce formulaire.

Signature du souscripteur _____ Date JJ / MM / A A A A

Nom du souscripteur en lettres capitales _____

MERCI DE RETOURNER CE BULLETIN 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 au +353 1 630 1303 pour toute question sur ce formulaire ou sur le processus de souscription.

Ce document est une traduction du document en anglais « EuroSanté Medical Questionnaire ». 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. No. 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.