

# Tarifs applicables en 2009

## 1. TARIFS AU « 1<sup>er</sup> EURO »

### 1.1. Consultations externes à 100%

#### PRIMES AVEC L'OPTION MATERNITE

Age	Zone	Monde entier incluant USA	Chine / Hong Kong	Monde entier excluant USA
Ind. 0 à 10		1 857,60	1 263,60	1 015,20
Ind. 10 à 20		1 960,80	1 333,80	1 071,60
Ind. 21 à 25		2 602,80	1 760,40	1 425,60
Ind. 26 à 30		2 747,40	1 858,20	1 504,80
Ind. 31 à 35		3 348,00	2 268,00	1 825,20
Ind. 36 à 40		3 534,00	2 394,00	1 926,60
Ind. 41 à 45		4 244,40	3 153,60	2 527,20
Ind. 46 à 50		4 480,20	3 328,80	2 667,60
Ind. 51 à 55		6 760,80	4 579,20	3 672,00
Ind. 56 à 60		7 136,40	4 833,60	3 876,00
Ind. 61 à 65		12 300,00	8 700,00	6 960,00

#### PRIMES SANS L'OPTION MATERNITE

Age	Zone	Monde entier incluant USA	Chine / Hong Kong	Monde entier excluant USA
Ind. 0 à 10		1 690,42	1 149,88	923,83
Ind. 10 à 20		1 784,33	1 213,76	975,16
Ind. 21 à 25		2 368,55	1 601,96	1 297,30
Ind. 26 à 30		2 500,13	1 690,96	1 369,37
Ind. 31 à 35		3 046,68	2 063,88	1 660,93
Ind. 36 à 40		3 215,94	2 178,54	1 753,21
Ind. 41 à 45		3 862,40	2 869,78	2 299,75
Ind. 46 à 50		4 076,98	3 029,21	2 427,52
Ind. 51 à 55		6 152,33	4 167,07	3 341,52
Ind. 56 à 60		6 494,12	4 398,58	3 527,16
Ind. 61 à 65		11 193,00	7 917,00	6 333,60

### 1.2. Consultations externes à 90%

#### PRIMES AVEC L'OPTION MATERNITE

Age	Zone	Monde entier incluant USA	Chine / Hong Kong	Monde entier excluant USA
Ind. 0 à 10		1 609,20	1 134,00	907,20
Ind. 10 à 20		1 698,60	1 197,00	957,60
Ind. 21 à 25		2 149,20	1 501,20	1 209,60
Ind. 26 à 30		2 268,60	1 584,60	1 276,80
Ind. 31 à 35		2 700,00	1 890,00	1 522,80
Ind. 36 à 40		2 850,00	1 995,00	1 607,40
Ind. 41 à 45		3 434,40	2 613,60	2 106,00
Ind. 46 à 50		3 625,20	2 758,80	2 223,00
Ind. 51 à 55		5 464,80	3 801,60	3 045,60
Ind. 56 à 60		5 768,40	4 012,80	3 214,80
Ind. 61 à 65		10 224,00	7 212,00	5 784,00

#### PRIMES SANS L'OPTION MATERNITE

Age	Zone	Monde entier incluant USA	Chine / Hong Kong	Monde entier excluant USA
Ind. 0 à 10		1 464,37	1 031,94	825,55
Ind. 10 à 20		1 545,73	1 089,27	871,42
Ind. 21 à 25		1 955,77	1 366,09	1 100,74
Ind. 26 à 30		2 064,43	1 441,99	1 161,89
Ind. 31 à 35		2 457,00	1 719,90	1 385,75
Ind. 36 à 40		2 593,50	1 815,45	1 462,73
Ind. 41 à 45		3 125,30	2 378,38	1 916,46
Ind. 46 à 50		3 298,93	2 510,51	2 022,93
Ind. 51 à 55		4 972,97	3 459,46	2 771,50
Ind. 56 à 60		5 249,24	3 651,65	2 925,47
Ind. 61 à 65		9 303,84	6 562,92	5 263,44

### 1.3. Consultations externes à 80%

#### PRIMES AVEC L'OPTION MATERNITE

Age	Zone	Monde entier incluant USA	Chine / Hong Kong	Monde entier excluant USA
Ind. 0 à 10		1 328,40	874,80	712,80
Ind. 10 à 20		1 402,20	923,40	752,40
Ind. 21 à 25		1 738,80	1 090,80	928,80
Ind. 26 à 30		1 835,40	1 151,40	980,40
Ind. 31 à 35		2 181,60	1 371,60	1 166,40
Ind. 36 à 40		2 302,80	1 447,80	1 231,20
Ind. 41 à 45		2 775,60	1 900,80	1 609,20
Ind. 46 à 50		2 929,80	2 006,40	1 698,60
Ind. 51 à 55		4 395,60	2 743,20	2 311,20
Ind. 56 à 60		4 639,80	2 895,60	2 439,60
Ind. 61 à 65		6 615,65	4 102,18	3 473,81

#### PRIMES SANS L'OPTION MATERNITE

Age	Zone	Monde entier incluant USA	Chine / Hong Kong	Monde entier excluant USA
Ind. 0 à 10		1 208,84	796,07	648,65
Ind. 10 à 20		1 276,00	840,29	684,68
Ind. 21 à 25		1 582,31	992,63	845,21
Ind. 26 à 30		1 670,21	1 047,77	892,16
Ind. 31 à 35		1 985,26	1 248,16	1 061,42
Ind. 36 à 40		2 095,55	1 317,50	1 120,39
Ind. 41 à 45		2 525,80	1 729,73	1 464,37
Ind. 46 à 50		2 666,12	1 825,82	1 545,73
Ind. 51 à 55		4 000,00	2 496,31	2 103,19
Ind. 56 à 60		4 222,22	2 635,00	2 220,04
Ind. 61 à 65		6 020,24	3 732,98	3 161,17

## 2. TARIFS EN COMPLEMENT DE LA CAISSE DES FRANÇAIS DE L'ETRANGER

### 2.1. Consultations externes à 100%

#### PRIMES AVEC L'OPTION MATERNITE

Age	Zone	Monde entier incluant USA	Chine / Hong Kong	Monde entier excluant USA
Ind. 0 à 10		1 367,28	754,38	547,56
Ind. 10 à 20		1 443,24	796,29	577,98
Ind. 21 à 25		1 922,94	1 060,02	773,28
Ind. 26 à 30		2 029,77	1 118,91	816,24
Ind. 31 à 35		2 446,20	1 344,60	966,06
Ind. 36 à 40		2 582,10	1 419,30	1 019,73
Ind. 41 à 45		3 409,02	1 864,08	1 346,76
Ind. 46 à 50		3 598,41	1 967,64	1 421,58
Ind. 51 à 55		4 960,44	2 712,96	1 933,20
Ind. 56 à 60		5 236,02	2 863,68	2 040,60
Ind. 61 à 65		8 987,98	5 152,40	3 666,48

#### PRIMES SANS L'OPTION MATERNITE

Monde entier incluant USA	Chine / Hong Kong	Monde entier excluant USA
1 244,22	686,49	498,28
1 313,35	724,62	525,96
1 749,88	964,62	703,68
1 847,09	1 018,21	742,78
2 226,04	1 223,59	879,11
2 349,71	1 291,56	927,95
3 102,21	1 696,31	1 225,55
3 274,55	1 790,55	1 293,64
4 514,00	2 468,79	1 759,21
4 764,78	2 605,95	1 856,95
8 179,06	4 688,68	3 336,50

### 2.2. Consultations externes à 90%

#### PRIMES AVEC L'OPTION MATERNITE

Age	Zone	Monde entier incluant USA	Chine / Hong Kong	Monde entier excluant USA
Ind. 0 à 10		1 171,26	683,10	498,96
Ind. 10 à 20		1 236,33	721,05	526,68
Ind. 21 à 25		1 565,46	895,86	643,68
Ind. 26 à 30		1 652,43	945,63	679,44
Ind. 31 à 35		1 949,40	1 120,50	810,54
Ind. 36 à 40		2 057,70	1 182,75	855,57
Ind. 41 à 45		2 698,92	1 545,48	1 098,90
Ind. 46 à 50		2 848,86	1 631,34	1 159,95
Ind. 51 à 55		3 956,04	2 209,68	1 588,68
Ind. 56 à 60		4 175,82	2 332,44	1 676,94
Ind. 61 à 65		7 360,85	4 186,48	3 005,04

#### PRIMES SANS L'OPTION MATERNITE

Monde entier incluant USA	Chine / Hong Kong	Monde entier excluant USA
1 065,85	621,62	454,05
1 125,06	656,16	479,28
1 424,57	815,23	585,75
1 503,71	860,52	618,29
1 773,95	1 019,66	737,59
1 872,51	1 076,30	778,57
2 456,02	1 406,39	1 000,00
2 592,46	1 484,52	1 055,55
3 600,00	2 010,81	1 445,70
3 800,00	2 122,52	1 526,02
6 698,37	3 809,70	2 734,58

### 2.3. Consultations externes à 80%

#### PRIMES AVEC L'OPTION MATERNITE

Age	Zone	Monde entier incluant USA	Chine / Hong Kong	Monde entier excluant USA
Ind. 0 à 10		887,22	518,94	435,24
Ind. 10 à 20		936,51	547,77	459,42
Ind. 21 à 25		1 177,74	680,94	554,04
Ind. 26 à 30		1 243,17	718,77	584,82
Ind. 31 à 35		1 459,08	856,98	673,92
Ind. 36 à 40		1 540,14	904,59	711,36
Ind. 41 à 45		2 017,98	1 142,64	912,06
Ind. 46 à 50		2 130,09	1 206,12	962,73
Ind. 51 à 55		2 919,78	1 649,16	1 303,56
Ind. 56 à 60		3 081,99	1 740,78	1 375,98
Ind. 61 à 65		4 397,39	2 469,60	1 952,09

#### PRIMES SANS L'OPTION MATERNITE

Monde entier incluant USA	Chine / Hong Kong	Monde entier excluant USA
807,37	472,24	396,07
852,22	498,47	418,07
1 071,74	619,66	504,18
1 131,28	654,08	532,19
1 327,76	779,85	613,27
1 401,53	823,18	647,34
1 836,36	1 039,80	829,97
1 938,38	1 097,57	876,08
2 657,00	1 500,74	1 186,24
2 804,61	1 584,11	1 252,14
4 001,63	2 247,34	1 776,40

## 3. OPTION ASSISTANCE RAPATRIEMENT

Par membre (de 0 à 65 ans)

60,13

1. Choisissez tout d'abord entre une police d'assurance dite au « 1<sup>er</sup> Euro » ou une police d'assurance intervenant en Complément de la Caisse des Français de l'Étranger,
2. Choisissez le niveau de remboursement des consultations externes (pas de quote part = 100%, 10% de quote part = 90% ou 20% de quote part = 80%).
3. La zone de couverture est définie en fonction du pays de résidence de l'Assuré principal (pays dans lequel il séjourne plus de 6 mois dans l'année). Cette zone de couverture s'applique à toutes les personnes à charge.  
Zone de couverture Monde Entier à l'exclusion des USA. : une tarification spécifique s'applique pour la Chine / Hong Kong.
4. Une fois les critères ci-dessus déterminés, le tarif applicable est défini en fonction de l'âge de chaque membre à assurer.
5. Les tarifs sont exprimés sur la base d'un paiement trimestriel. Aucune surcharge ne s'applique pour un paiement semestriel ou annuel.
6. Cette offre peut être sujette à des taxes locales, qui ne pourront s'appliquer qu'au moment de la facturation. Ce document n'est pas une facture.

# 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 et que vous souhaitez ajouter une personne, veuillez indiquer votre numéro de police \_\_\_\_\_

## 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. Peuvent être considérés comme personnes à charge le conjoint/partenaire et/ou 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 65 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.  Mme  Mlle  Autre \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

Autres initiales \_\_\_\_\_ Nom \_\_\_\_\_

Date de naissance (jj/mm/aa) \_\_\_\_\_ Sexe : Masculin  Féminin

Adresse de correspondance \_\_\_\_\_

Téléphone domicile \_\_\_\_\_ (indicatif pays) \_\_\_\_\_ (indicatif régional) \_\_\_\_\_

Téléphone bureau \_\_\_\_\_ (indicatif pays) \_\_\_\_\_ (indicatif régional) \_\_\_\_\_

Téléphone portable \_\_\_\_\_ (indicatif pays) \_\_\_\_\_ (préfixe) \_\_\_\_\_

Fax \_\_\_\_\_ (indicatif pays) \_\_\_\_\_ (indicatif régional) \_\_\_\_\_

Adresse 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  Français

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

Nom de l'assureur \_\_\_\_\_

Adresse de correspondance \_\_\_\_\_

Téléphone domicile \_\_\_\_\_ (indicatif national) \_\_\_\_\_ (code régional) \_\_\_\_\_

Téléphone portable \_\_\_\_\_ (indicatif national) \_\_\_\_\_ (préfixe) \_\_\_\_\_

Adresse email (obligatoire) \_\_\_\_\_

**Information concernant toute assurance santé nationale ou internationale souscrite :**

Etes vous affilié ou en cours d'affiliation à la Caisse des Français de l'Etranger (CFE) : Oui  Non

Numéro de Sécurité sociale \_\_\_\_\_

*Si vous avez souscrit une police d'assurance privée auprès d'un Assureur privé, merci de préciser :*

Nom de l'Assureur \_\_\_\_\_

Numéro de police \_\_\_\_\_ Date de début (jj/mm/aa) \_\_\_\_\_

*A compléter uniquement si vous souhaitez joindre une police collective existante:*

Nom du groupe \_\_\_\_\_

Numéro du groupe \_\_\_\_\_

**Personne à charge 1:**

M.  Mme  Mlle  Autre \_\_\_\_\_ Nom \_\_\_\_\_

Autres initiales \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

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 \_\_\_\_\_

Nom de l'assureur \_\_\_\_\_

Numéro de police \_\_\_\_\_ Date de commencement (jj/mm/aa) \_\_\_\_\_

**Personne à charge 2:**

M.  Mme  Mlle  Autre \_\_\_\_\_ Nom \_\_\_\_\_

Autres initiales \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

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 commencement (jj/mm/aa) \_\_\_\_\_

**Personne à charge 3:**

M.  Mme  Mlle  Autre \_\_\_\_\_ Nom \_\_\_\_\_

Autres initiales \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

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 commencement (jj/mm/aa) \_\_\_\_\_

#### Personne à charge 4:

M.  Mme  Mlle  Autre \_\_\_\_\_ Nom \_\_\_\_\_

Autres initiales \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

Date de naissance (jj/mm/aa) \_\_\_\_\_ Sexe : Masculin  Féminin

Lien de parenté avec l'assuré principal: Conjoint  Enfant

Profession \_\_\_\_\_

Pays d'origine \_\_\_\_\_

(le pays depuis lequel vous êtes expatrié 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 commencement (jj/mm/aa) \_\_\_\_\_

## 2. Date de commencement de la police d'assurance

Merci d'indiquer la date à laquelle vous souhaitez être assuré (veuillez noter que pour les inscriptions doivent commencer le premier jour du mois) :

01/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

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

## 3. Détails de votre couverture.

### Couvertures médicales internationales INDIGO

Merci de choisir  le plan de consultation externe et la ou les options souhaités :

Couverture principale	Consultations externes	Couverture Dentaire	Option Maternité	Option Assistance
Indigo <input checked="" type="checkbox"/>	Indigo sans quote part <input type="checkbox"/>	Indigo <input checked="" type="checkbox"/>	Maternité <input type="checkbox"/>	Plan d'Assistance <input type="checkbox"/>
	Indigo - quote part 10% <input type="checkbox"/>			
	Indigo - quote part 20% <input type="checkbox"/>			

Le plan Indigo comporte obligatoirement un plan de consultations externes parmi les 3 choix proposés. Les options maternité et assistance viennent en complément du plan Indigo. Ils ne peuvent être souscrits indépendamment de ce dernier.

La couverture maternité est disponibles uniquement pour les couples et les familles, cela signifie que le conjoint/partenaire est couvert par la même police d'assurance. Merci de noter également qu'un changement de plan ou d'option(s) ne peut se faire qu'au moment du renouvellement de la police.

Merci de choisir  la zone géographique de couverture:

Mondiale

Mondiale à l'exception des Etats-Unis

Si vous souhaitez une couverture **en complément de la C.F.E.**, merci de cocher  cette case

## 4. Informations sur le paiement

Aucun paiement ne doit être effectué avant que vous ayez été informé de votre numéro de police.

### 4.1 Devise de paiement

La devise dans laquelle vous souhaitez effectuer votre paiement est l'Euro.

### 4.2 Mode et fréquence de paiement

Veillez indiquer  votre mode et fréquence de paiement souhaités:

	Annuel	Semestriel	Trimestriel
Carte bancaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Virement bancaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 4.3 Informations pour 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 carte

Code de vérification\*

Date d'expiration (mm/aa)

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

### 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 tel 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 tarifaire 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)

### Informations et surtaxes liées au paiement

- 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 virement bancaire, merci de vous assurer que les paiements sont reçus dans les délais impartis, selon la fréquence de paiement sélectionnée, pour éviter tout retard éventuel dans le traitement de vos demandes de remboursement
- Nous acceptons uniquement les cartes MasterCard et 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

## 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, connaissent ou auraient raisonnablement pu connaître l'existence, sera considéré comme une pathologie préexistante.

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

## 6. Déclaration 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
1. Quel est votre taille/poids	_____ cm _____ kg	_____ cm _____ kg	_____ cm _____ kg	_____ cm _____ kg
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. Souffrez-vous de, avez-vous été à l'hôpital à cause de ou reçu un traitement, tests ou examens 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) Trouble digestif (y compris 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/ du 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  Non  Oui  Non  Oui  Non  Oui  Non

Attendez-vous les résultats d'un tel test ? Oui  Non  Oui  Non  Oui  Non  Oui  Non

*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.*

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 ? Oui  Non  Oui  Non  Oui  Non  Oui  Non

Si 'Oui', précisez la date de naissance prévue :

jj/mm/aa

jj/mm/aa

jj/mm/aa

jj/mm/aa

10. Est-ce que l'un de vos parents, vos 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, veuillez tout de même nous la communiquer.**

Nom	Numéro de la question	Si nécessaire, veuillez fournir la date du 1 <sup>er</sup> diagnostic/consultation, nom et adresse du médecin traitant, fréquence et sévérité des symptômes, date de la dernière crise ainsi que les détails du traitement que vous avez suivi, suivez ou allez suivre.

*Si l n'y a pas suffisamment de place pour toutes les informations, veuillez utiliser un autre Formulaire d'affiliation.*

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

M.  M<sup>me</sup>  Mlle  Autre \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_  
Autres initiales \_\_\_\_\_ Nom \_\_\_\_\_  
Adresse \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Numéro de téléphone \_\_\_\_\_ (indicatif pays) \_\_\_\_\_ (indicatif régional) \_\_\_\_\_  
Date de la dernière visite (jj/mm/aa) \_\_\_\_\_

## 7. Déclaration dentaire

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

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

M.  M<sup>me</sup>  Mlle  Autre \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_  
Nom \_\_\_\_\_  
Adresse \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Numéro de téléphone \_\_\_\_\_ (indicatif pays) \_\_\_\_\_ (indicatif régional) \_\_\_\_\_

## 8. Législation concernant la protection des informations privées

Toutes les données personnelles et médicales 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 des documents 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 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.

Dans l'hypothèse où vous ne souhaiteriez pas être sollicité, veuillez cocher  cette case:

## 9. Déclaration

Veillez 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 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 fausse, incorrecte, trompeuse rendrait cette assurance nulle et non avenue.
- b) 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 sus mentionnées,
- 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 en écrivant, par lettre ou fax, dans les 14 jours suivant la date de début de ma 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 les termes devaient ne pas concorder avec le Formulaire d'affiliation, elles seront considérées comme acceptées dès lors que je ne les aurai pas contestés 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 enfants ou les personnes à ma charge et sous ma responsabilité ou pour ceux 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.
- h) J'autorise Allianz Worldwide Care à percevoir les remboursements des frais médicaux et d'hospitalisations qui me sont dus par la CFE, afin que soit effectué un remboursement unique comprenant les garanties de base et complémentaire sur le compte bancaire de mon choix. Cette autorisation vaut également pour les enfants ou les personnes à ma charge et sous ma responsabilité, et qui sont également assurés auprès de la CFE et d'Allianz Worldwide Care.

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)

**Merci de retourner ce formulaire dûment complété aux coordonnées suivantes (fax et email acceptés) :**

### **Assurances & Conseils Moncey**

**11, rue Jean-Baptiste Pigalle, 75009 Paris, France**

**Fax : +33 (0)1 53 16 42 61**

**Email : [info@moncey-assurances.com](mailto:info@moncey-assurances.com)**

**Note interne –**  
Nom et cachet de l'agent

**EXPATS WELCOME**

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 complétées intégralement
- Vérifiez que vous avez signé et daté la Déclaration de la section 9