

PROGRAMME D'ASSURANCE SANTE INTERNATIONALE PASSPORTCARD FORMULAIRE DE SOUSCRIPTION INDIVIDUEL

Le plan d'assurance santé internationale est souscrit par AWP Health & Life SA ("AWP" ou l' "Assureur"), membre du groupe Allianz - (le "Plan de couverture").

Le plan de couverture est distribué par Opal Health Insurance, nom commercial de PSPI SA et administré par PassportCard Deutschland GmbH ("PassportCard" ou l'"Administrateur").

Veillez noter qu'en signant ce formulaire, vous accordez à votre conjoint/partenaire un accès complet à vos informations de santé. Si vous n'acceptez pas de partager vos informations médicales, une demande distincte doit être remplie.

La couverture d'assurance est soumise à l'acceptation de cette demande et sera confirmée lors de la délivrance d'un certificat d'adhésion.

Nous prendrons en considération la couverture pour les individus jusqu'à la veille de leur 65e anniversaire.

Après avoir rempli ce formulaire et signé les déclarations pour toute personne âgée de plus de 18 ans qui souhaite bénéficier de la couverture d'assurance, merci de le retourner à votre intermédiaire en assurances ou par mail à info@opal-insurance.com

Si vous ajoutez une personne supplémentaire à un plan PassportCard existant, veuillez nous fournir votre numéro de police existant comme indiqué sur votre certificat d'adhésion

Pays de destination

Date souhaitée du début de la
couverture

1. Détails du membre (Veillez noter que le souscripteur sera le membre principal)

Détails du souscripteur :

Nom de famille:	Prénom:	Genre :	F	M
Date de naissance:	Nationalité:			
N° Passport:	E-mail :			
N° Téléphone:	N° Portable :			

Coordonnées du conjoint / partenaire :

Nom de famille:	Prénom :	Genre :	F	M
Date de naissance:	Nationality:			
N° Passport:	E-mail :			
N° Téléphone:	N° Portable :			

Détails de la personne à charge 1 :

Nom de famille:	Prénom :	Genre :	F	M
Date de naissance:	Nationalité:			
N° Passport:				

Détails de la personne à charge 2 :

Nom de famille:	Prénom :	Genre :	F	M
Date de naissance:	Nationalité :			
N° Passport:				



Détails de la personne à charge 3 :

Nom de famille: F M
 Prénom : Genre :
 Date de Naissance: Nationalité :
 N° Passport:

2. Adresse postale

Nous pouvons envoyer une correspondance écrite et des détails concernant votre couverture d'assurance à cette adresse:

Adresse: Numéro du bâtiment: Numéro d'étage: N° Apte:
 Ville: Zip: Pays:

3. Détails du régime

Zone de couverture:

Votre zone de couverture par défaut est déterminée par votre pays de destination. Si vous ne voyagez pas aux Etats-Unis et que vous souhaitez étendre la couverture au monde entier hors Etats-Unis, veuillez indiquer :

Monde entier hors USA

Selection du format: Compact Comfort Premium

Option facultative:

Evacuation médicale élargie

4. Questionnaire médical

Veuillez répondre aux questions suivantes sur la base de vos antécédents médicaux complets et de ceux de votre/vos personne(s) à charge (âgée de moins de 18 ans, le cas échéant). Tous les faits matériels doivent être divulgués. Le non-respect de cette consigne peut invalider ou limiter considérablement votre droit à la couverture ou aux avantages du Plan PassportCard. Si vous avez le moindre doute quant à l'importance d'un fait, celui-ci doit être divulgué.

Votre conjoint/partenaire (le cas échéant) doit également répondre aux questions suivantes sur la base de son passé médical.

A. Veuillez noter que vos réponses au questionnaire médical suivant permettront à PassportCard d'effectuer une évaluation des risques concernant votre couverture d'assurance médicale. Des réponses incomplètes ou incorrectes peuvent affecter votre droit à la couverture.

B. Le questionnaire doit être rempli séparément pour chaque personne souhaitant être couverte par ce programme d'assurance.

C. Toute réponse positive aux questions du questionnaire nécessitera une description supplémentaire à donner dans la section 5.

Si une question n'est pas claire, ou si vous souhaitez recevoir des informations complémentaires concernant l'obligation de divulgation ou des conditions préexistantes, n'hésitez pas à contacter votre courtier ou Opal : +41 22 317 78 55

	Souscripteur	Conjoint / partenaire	1ère personne à charge	2ème personne à charge	3ème personne à charge
Taille (cm)					
Poids (kg)					



QUESTIONS	Souscripteur		Conjoint Partenaire		1er Bénéficiaire		2nd Bénéficiaire		3ème Bénéficiaire	
	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non
1. Fumez-vous actuellement ou avez-vous fumé au cours des 5 dernières années ?										
2. Avez-vous pris ou perdu plus de 10 kilogrammes au cours des 12 derniers mois ?										
3. Avez-vous été diagnostiqué ou traité pour toxicomanie ou alcoolisme au cours des 5 dernières années ? Buvez-vous actuellement, prenez-vous des drogues récréatives ou prenez-vous toute autre substance dangereuse ?										
4. Buvez-vous plus d'un verre de boissons alcoolisées (y compris la bière) par jour ?										
5. Êtes-vous enceinte ? Si oui, à quelle semaine de grossesse ?										
6. Avez-vous eu des complications pendant la grossesse ou l'accouchement, y compris une césarienne, des avortements ou des fausses couches au cours des 5 dernières années ?										
7. Au cours des 10 dernières années, avez-vous souffert d'épuisement à long terme ou de fatigue chronique ?										
8. Avez-vous été reconnu porteur d'anticorps VIH ou d'hépatite ?										
9. Avez-vous déjà été impliqué dans un accident ou un incident, y compris un accident de la route ayant entraîné une blessure ou une perte de fonction ?										
Souffrez-vous ou avez-vous souffert, êtes-vous traité ou avez-vous été traité ou diagnostiqué pour :										
10. Avec des troubles du système respiratoire, y compris des maladies pulmonaires et/ou des maladies des voies respiratoires (anomalie de la cloison nasale, sinusite et asthme) au cours des 10 dernières années ?										
11. Avec des troubles du système digestif (oesophage, estomac, intestins, anus), anorexie ou boulimie au cours des 5 dernières années ?										
12. Avec des troubles ou des maladies des voies urinaires ou des reins au cours des 5 dernières années ?										
13. Avec des troubles et des maladies des yeux, des oreilles, du nez, des sinus, des mâchoires, du pharynx, de la gorge ou des dents au cours des 5 dernières années ? Êtes-vous sous traitement dentaire ou un traitement est-il prévu ou avez-vous des problèmes ou des symptômes liés aux dents, aux prothèses dentaires ou aux gencives ? Des dents manquantes ?										
14. Avec des otites récurrentes ou une rupture du tympan (perforation permanente de la membrane tympanique) au cours des 5 dernières années ?										
15. Avec des troubles et des maladies du squelette, des articulations, du système musculaire ou des tissus articulaires au cours des 5 dernières années ?										
16. Avec des troubles et des maladies du dos, de la colonne vertébrale ou des membres au cours des 5 dernières années ?										
17. Avez-vous eu des maladies de la peau ou des troubles liés à la peau (p. ex. psoriasis, verrues, taches cutanées multiples ou acné) au cours des 5 dernières années ?										
18. Avec des troubles liés au fonctionnement du foie, de la vésicule biliaire, de l'appendice, de la rate ou du pancréas au cours des 5 dernières années ?										
19. Avez-vous eu des troubles ou des maladies cardiaques au cours des 5 dernières années, ou avez-vous déjà eu une crise cardiaque ?										
20. Avec des maladies des vaisseaux sanguins, des tests sanguins anormaux, une pression artérielle élevée ou basse, un excès de lipides dans le sang, une numération sanguine anormale ou des problèmes de coagulation au cours des 5 dernières années ?										
21. Avec des troubles cérébraux ou nerveux, de l'épilepsie ou des troubles du sommeil au cours des 5 dernières années ?										
22. Avec des maux de tête à long terme, des étourdissements, des migraines, des contusions à la tête ou une perte de conscience au cours des 5 dernières années ?										
23. Avec n'importe quel type d'allergies au cours des 5 dernières années ?										



QUESTIONS	Souscripteur		Conjoint Partenaire		1er Bénéficiaire		2nd Bénéficiaire		3ème Bénéficiaire	
	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non
Souffrez-vous ou avez-vous souffert, êtes-vous traité ou avez-vous été traité ou diagnostiqué pour :										
24. Avec des troubles hormonaux ou métaboliques, y compris des troubles de la glande thyroïde au cours des 5 dernières années ?										
25. Avec du diabète, du sucre dans le sang ou du sucre dans les urines au cours des 5 dernières années ?										
26. Avec un cancer ou un pré-cancer au cours des 10 dernières années ?										
27. Avec des troubles du système immunitaire, y compris des maladies infectieuses au cours des 5 dernières années ?										
28. Avec paralysie ou toute autre forme de handicap au cours des 5 dernières années ?										
29. Avec des troubles de la prostate, des testicules ou une maladie vénérienne au cours des 5 dernières années ?										
30. Avec des maladies du système reproducteur féminin, y compris des maladies vénériennes, ou des conditions anormales dans les seins au cours des 5 dernières années ?										
31. Avec une hernie au cours des 5 dernières années ?										
32. Avec une tumeur maligne, un kyste, un polype, une grosseur ou tout autre type de tumeur au cours des 10 dernières années ?										
33. Avec une maladie congénitale ?										
34. Souffrant de maladies mentales, y compris troubles de l'attention et de la concentration, autisme, ou avez-vous suivi une thérapie psychologique/psychiatrique au cours des 5 dernières années ?										
Questions supplémentaires:										
35. Prenez-vous actuellement ou avez-vous pris au cours des 5 dernières années des médicaments sur une base régulière pour le traitement de toute condition médicale (pendant une période de plus de 60 jours) ?										
36. Avez-vous été hospitalisé au cours des 5 dernières années, avez-vous été candidat à une intervention chirurgicale, avez-vous subi une intervention chirurgicale ou êtes-vous actuellement candidat à une intervention chirurgicale ou à une hospitalisation ?										
37. Avez-vous eu des signes, des symptômes, un diagnostic, un traitement ou des résultats positifs/anormaux de tests médicaux que vous n'avez pas spécifiés dans ce questionnaire ?										
38. Faites-vous actuellement l'objet d'un suivi ou faites-vous régulièrement l'objet de soins préventifs pour certaines maladies (comme les examens de la peau, du cœur et de la prostate) ?										
39. Avez-vous une assurance médicale complémentaire ?										
40. Dans le passé, avez-vous déjà soumis une demande d'assurance-maladie ou d'assurance-vie qui a été annulée, rejetée, modifiée ou acceptée sous des conditions particulières (y compris des avenants médicaux) ?										
41. Au meilleur de votre connaissance, avez-vous des proches (parents, frères/sœurs ou enfants) qui souffrent ou ont souffert de maladies cardiaques ou vasculaires, de cancer, de lipides dans le sang, de maladies mentales chroniques ou de toute maladie héréditaire ?										



5. Antécédents médicaux détaillés

Veillez décrire en détail (selon les questions auxquelles vous avez répondu positivement dans le questionnaire) l'état de la maladie, les dates de traitement médical, le diagnostic, le pronostic, le déroulement du traitement et les données du médecin traitant.

N° Question Nom de la personne qui a répondu positivement à la question

N° Question Nom de la personne qui a répondu positivement à la question

N° Question Nom de la personne qui a répondu positivement à la question

N° Question Nom de la personne qui a répondu positivement à la question

* Une page supplémentaire, pour fournir une description plus détaillée, peut être jointe à ce formulaire de candidature, si nécessaire.

6. Déclarations

Afin de remplir le formulaire de demande, vous et votre conjoint/partenaire êtes priés de lire les déclarations ci-dessous et de faire la déclaration suivante confirmant votre acceptation et votre compréhension de chaque déclaration.

Je déclare par la présente que :

1. Je demande une couverture du plan PassportCard proposé par l'Association européenne pour l'assurance des expatriés dans le cadre de leur contrat d'assurance souscrit par AWP Health & Life SA.
2. J'ai vérifié et confirmé l'exhaustivité, l'exactitude et la véracité des déclarations et informations fournies dans le formulaire de souscription.
3. Je comprends que le fait de fournir des réponses aux questions contenues dans ce formulaire de demande, y compris le questionnaire médical, qui sont incomplètes, incorrectes, mensongères ou imprécises peut affecter ma couverture ou mon droit aux prestations en vertu du plan PassportCard.
4. Si une condition médicale se développe après avoir soumis un formulaire de demande dûment rempli à PassportCard, mais avant que la couverture d'assurance n'entre en vigueur, je suis tenu d'en informer PassportCard et de mettre à jour les réponses fournies dans le questionnaire médical ci-dessus. Ne pas le faire enfreindra mes droits comme mentionné dans la déclaration numéro 3 ci-dessus.
5. Je comprends que ma couverture d'assurance ne sera effective que sous réserve d'acceptation du plan PassportCard.
6. Je comprends que mon droit aux prestations dans le cadre du Plan PassportCard est soumis aux termes et conditions du Plan PassportCard et au Tableau des prestations en vigueur au moment où ma couverture d'assurance dans le cadre du Plan PassportCard entre en vigueur.
7. Il est de ma responsabilité de vérifier l'exactitude des informations contenues dans le certificat d'adhésion, une fois émis. Si le contenu n'est pas conforme au formulaire de demande, et que je n'en avise pas PassportCard autrement, les informations sur le certificat d'adhésion seront considérées comme correctes.
8. Je comprends que la couverture d'assurance fournie dans le cadre du plan PassportCard peut ne pas convenir si moi-même ou l'une des personnes à ma charge devenons résidents dans des pays où des restrictions locales d'assurance maladie obligatoire sont en place. Il est de ma responsabilité de vérifier si moi-même ou mes personnes à charge sommes soumis à des exigences locales d'assurance maladie obligatoire et de m'assurer que ma couverture d'assurance dans le cadre du plan PassportCard est légalement appropriée dans mon pays de résidence.
9. L'adresse postale fournie ci-dessus est l'adresse qui sera utilisée par PassportCard et/ou l'Assureur pour me livrer des lettres recommandées et/ou des documents judiciaires, le cas échéant. La livraison à cette adresse sera considérée comme une livraison légale. Les informations, documents, lettres, annonces seront envoyés à mon adresse dans mon pays de destination (si celle-ci a été fournie à PassportCard) ou à l'adresse e-mail indiquée ci-dessus.
10. Je comprends qu'il est de mon devoir d'informer PassportCard de tout changement apporté aux détails contenus dans ce formulaire de demande, y compris les détails généraux et personnels.

Désignation de l'intermédiaire

J'autorise (l'intermédiaire d'assurance ci-dessus) agir pour et en mon nom dans la relation avec l'administration du plan PassportCard et de recevoir en mon nom toutes les communications pertinentes, dans la mesure applicable, qui, je comprends, peuvent inclure la divulgation d'informations de santé sensibles. Cette autorisation restera en place jusqu'à ce que je fournisse une demande écrite à PassportCard pour la révoquer.

Renonciation à la confidentialité médicale

J'accepte de renoncer à tout droit que je pourrais avoir au secret médical/confidentialité en ce qui concerne mes informations médicales et je consens au fait que PassportCard, s'il le juge approprié, vérifiera les déclarations concernant mon état de santé et vérifiera auprès d'autres assureurs maladie, toutes les déclarations concernant les contrats antérieurs ou existants demandés. J'autorise tous ces praticiens, médecins, dentistes, membres des professions médicales, employés des hôpitaux et des autorités sanitaires ainsi que des établissements médicaux à fournir des informations médicales pertinentes me concernant, si demandé par PassportCard, ses conseillers médicaux, ses représentants désignés, ou à tout expert tiers en cas de litige, sous réserve des éventuelles restrictions légales applicables.

Signatures des candidats

Nom complet du souscripteur:	Signature	Date
Nom complet du conjoint / partenaire:	Signature	Date

Préférences marketing

Nous aimerions rester en contact afin que nous puissions vous fournir des informations marketing sur les produits et services susceptibles de vous intéresser, y compris des mises à jour sur les promotions et les nouveaux produits et services.

Si vous souhaitez recevoir de telles communications, veuillez cocher la case ci-dessous. Si vous ne souhaitez pas recevoir de telles communications de notre part, ne cochez aucune case.

Demandeur	Conjoint / partenaire
<input type="checkbox"/> Oui, je souhaite recevoir une telle communication	<input type="checkbox"/> Oui, je souhaite recevoir une telle communication

Si vous ne donnez pas votre consentement, cela n'affectera pas votre demande ni votre couverture d'assurance. Même si vous donnez votre consentement, vous pouvez changer d'avis et nous le faire savoir à tout moment. Vous pouvez le faire (a) en sélectionnant l'option "désabonnement" sur tout e-mail que nous envoyons, ou (b) en nous envoyant un e-mail marketing à kundenbetreuung@passportcard.de

Definitions

Pays de destination

Le pays, en dehors du pays d'origine et du pays de résidence (le cas échéant), qui a été indiqué sur le formulaire de souscription, dans lequel la personne l'intention de séjourner pendant une période de plus de 60 jours consécutifs, ou dans lequel le souscripteur principal est déjà résidant, et sur la base de ces informations, l'assureur a accepté sur la police d'assurance.

Conjoint/partenaire

Un conjoint qui n'est pas légalement séparé du membre principal, ou de son partenaire en union civile enregistré, ou partenaire cohabitant, tel qu'enregistré auprès de l'autorité de régulation appropriée ; ou

Une personne cohabitant avec le membre principal dans une relation conjugale légalement reconnue et qui remplissent ensemble les deux conditions suivantes :

- Les deux individus sont libres de liens matrimoniaux ; et
- La cohabitation a été déclarée par l'Adhérent principal à PassportCard, qui communiquera ces informations à l'Assureur au moment de l'adhésion.

Dépendant

Le ou les enfants célibataires du Membre principal et ceux de son conjoint (ou pacsé ou Concubin) jusqu'à l'âge de 18 ans, vivant au foyer du Membre principal, qu'ils soient légitimes, reconnus, adoptés ou recueillis, y compris les mineurs qui sont sous la protection du membre principal.

La limite d'âge de 18 ans est levée pour les enfants à charge handicapés/handicapés qui sont reconnus par l'agence gouvernementale locale compétente comme personnes à charge légales du Membre principal.

Toutes les autres personnes à charge de plus de 18 ans devront remplir leur propre formulaire de demande.

Certificat d'adhésion

La confirmation de la couverture d'assurance pour la personne éligible est indiquée dans un Certificat d'Adhésion tel que détaillé dans les Termes et Conditions du Plan PassportCard.



Détails de paiement

Cette section n'a pas besoin d'être remplie si vous faites une demande dans le cadre d'un régime collectif et que votre employeur paie la prime.

Devise de paiement : Euro

Virement Bancaire Semestriellement Annuellement

*Le plan PassportCard est proposé par l'intermédiaire de l'Association européenne pour l'assurance des expatriés, une association régie par la loi française de 1901 sur les associations, et souscrite par AWP Health & Life SA (Allianz Partners), qui fait partie du groupe Allianz.
Le plan est négocié et administré par PassportCard Deutschland GmbH (« PassportCard »). PassportCard est un intermédiaire d'assurance constitué en Allemagne sous le numéro d'enregistrement HRB 158858 en tant que société à responsabilité limitée. Son siège social est Caffamacherreihe 8-10, 20355 Hamburg, Allemagne.
PassportCard reçoit une commission de vente d'Allianz Partners à cet égard.*

DECLARATION DE CONSENTEMENT

Déclaration de consentement pour le traitement des données de santé, le transfert de données personnelles vers l'extérieur de l'UE et la levée de la confidentialité des prestataires et professionnels médicaux, des compagnies d'assurance et des courtiers.

PassportCard Deutschland GmbH, Adresse : Caffamacherreihe 8-10, 20355 Hamburg, Allemagne, Numéro de téléphone : + 49 40 4600 20 455, Email : kundenbetreuung@passportcard.de , Contact Data Protection Officer of Controller : Datenschutz@passportcard.de (ci-après : « PassportCard » ou « Nous ») informe expressément et signale que vous êtes libre de confirmer cette déclaration de consentement et de s'y opposer pour l'avenir. Nous devons toutefois souligner qu'il ne sera généralement pas possible de conclure ou de mettre en œuvre un contrat d'assurance avec PassportCard sans votre consentement dans le traitement de vos données de santé. Vous trouverez des informations générales et complémentaires sur le traitement des données personnelles par PassportCard dans l'avis de confidentialité à l'adresse <https://www.passportcard.de/privacy-policy>.

La confirmation de cette déclaration de consentement comprend également les déclarations suivantes concernant **le traitement de vos données personnelles relatives à la santé, également dans des pays hors de l'UE et la levée de l'obligation générale de confidentialité pour les compagnies d'assurance et les professions médicales** :

En confirmant cette déclaration de consentement, j'accepte que PassportCard collecte, stocke et traite les informations que je fournis à PassportCard lors de la demande d'une offre d'assurance et à l'avenir (y compris les données relatives à la santé) dans la mesure nécessaire pour examiner la demande et pour établir, pour exécuter et conclure un contrat d'assurance. J'accepte également que PassportCard stocke mes données relatives à la santé - si un contrat avec PassportCard n'est pas conclu - pendant une période de 3 ans à compter de la fin de l'année civile de ma demande.

En confirmant la déclaration de consentement, j'accepte que PassportCard transfère mes données personnelles, y compris les données relatives à la santé si nécessaire, aux fins de mon contrat d'assurance à

- les fournisseurs de services,
- les compagnies de (ré)assurance,
- le cas échéant, également à mon employeur si mon employeur a conclu le contrat d'assurance avec PassportCard, qui couvre également ma personne, et
- en particulier les prestataires médicaux et les experts médicaux

J'accepte que ces données personnelles, y compris les données relatives à la santé, y soient traitées aux mêmes fins que celles énoncées dans le présent avis de confidentialité et que les données personnelles, y compris les données relatives à la santé, soient renvoyées à PassportCard.

Dans la mesure nécessaire, je libère PassportCard et ses employés ainsi que les prestataires médicaux en confirmant cette déclaration de son obligation de confidentialité en ce qui concerne les données personnelles, y compris les données relatives à la santé protégées par l'article 203 du Code pénal allemand.

En confirmant cette déclaration de confidentialité, j'accepte que PassportCard collecte mes données de santé auprès de médecins et d'autres prestataires de soins médicaux, d'infirmières, de personnel hospitalier, d'assureurs personnels, de fonds et d'autorités d'assurance maladie obligatoires et les utilise à ces fins, dans la mesure où cela est nécessaire pour l'évaluation des risques. ou pour l'exécution des obligations contractuelles de PassportCard.

Cette confirmation fait également expressément référence à des prestataires de services dans des pays en dehors de l'UE, en particulier si j'utilise des services dans ces pays. Je confirme et accepte la déclaration ci-dessus, en particulier que j'ai le droit de retirer ma déclaration de consentement

Souscripteur:

Date:

Signature:

Conjoint/Partenaire:

Date:

Signature: