

Formulaire de Souscription à l'assurance santé individuelle « Journey » Plan Short

⚠ Remarque : nous ne pourrons pas traiter votre demande si certains champs ne sont pas remplis.
Pour plus d'informations, veuillez vous reporter aux Conditions Générales d'Assurance.

Veillez lire attentivement ces instructions avant de remplir le Formulaire de Souscription :

1. Le présent document est régi par les Conditions Générales d'Assurance. Les termes en majuscules figurant dans le présent document ont la même signification que celle qui leur est donnée dans les Glossaires, sauf indication contraire expresse.
2. La couverture d'assurance s'applique aux événements assurés survenant dans les zones suivantes, telles que sélectionnées par le demandeur dans le Formulaire de Souscription :
Zone Géographique I : dans le monde entier, y compris les États-Unis d'Amérique
Zone Géographique II : dans le monde entier, à l'exclusion des États-Unis d'Amérique
Les soins à l'étranger sont exclus des prestations si ces soins constituaient la seule raison ou l'une des raisons du voyage à l'étranger.
Si un Assuré déménage, même temporairement, dans une Zone Géographique différente de celle convenue dans le cadre de la Police d'Assurance, il doit en informer immédiatement l'Assureur ; ce changement aura une incidence sur la prime et sur les prestations prévues par la Police d'Assurance.
3. Ce produit d'assurance est destiné aux personnes vivant temporairement hors de leur pays d'origine. Lors d'un séjour aux États-Unis d'Amérique, veuillez noter qu'il n'est pas classé comme un produit relevant de l'Affordable Care Act (ACA). Ce produit est conçu comme une couverture internationale complémentaire pour les personnes disposant déjà d'une assurance santé principale conforme à l'ACA. Veuillez-vous assurer que la couverture est adaptée à votre situation avant de souscrire.

Par la présente, je souscris une Police d'Assurance santé Global Health Journey pour les personnes à assurer énumérées ci-dessous.

A. Coordonnées personnelles du demandeur principal (demandeur 1)	
Je suis uniquement le preneur d'assurance et non l'assuré <input type="checkbox"/> Je suis à la fois le preneur d'assurance et la personne assurée <input type="checkbox"/>	
Date de début de l'assurance (jj/mm/aaaa)	
Date de signature <input type="text"/> Ou indiquez une date de début future : <input type="text"/>	
Sexe M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Titre <input type="text"/>
Prénom <input type="text"/>	Nom <input type="text"/>
Date de naissance (jj/mm/aaaa)	Profession et secteur d'activité <input type="text"/>
Adresse postale	
Nom/numéro du bâtiment <input type="text"/>	Rue <input type="text"/>
Code postal et ville <input type="text"/>	Pays et région <input type="text"/>
Coordonnées : numéro de téléphone portable (+ indicatif du pays / régional) <input type="text"/>	Coordonnées : adresse e-mail <input type="text"/>
Ancien client ou client actuel de Globality S.A. et/ou Foyer Global Health S.A. ? <input type="checkbox"/> Si oui, veuillez indiquer le(s) numéro(s) d'assurance	
Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Nationalité(s) <input type="text"/>	
Pays où le Formulaire de Souscription est signé <input type="text"/>	Pays de destination (où le demandeur 1 résidera) <input type="text"/>
Langue du contrat (toutes les correspondances et tous les documents seront fournis dans cette langue)	
Anglais <input type="checkbox"/> Allemand <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Espagnol <input type="checkbox"/>	

B. Autres personnes à assurer	
Demandeur 2	
Date de début de l'assurance (jj/mm/aaaa)	
Date de signature <input type="text"/> Ou indiquez une date de début future : <input type="text"/>	
Sexe M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Titre <input type="text"/>
Prénom <input type="text"/>	Nom <input type="text"/>
Lien avec le demandeur principal	
Partenaire <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/>	
Date de naissance (jj/mm/aaaa)	Profession et secteur d'activité <input type="text"/>
Adresse postale <input type="checkbox"/> Même adresse que celle du demandeur principal <input type="checkbox"/> Adresse différente <input type="checkbox"/>	
Nom/numéro du bâtiment <input type="text"/>	Rue <input type="text"/>
Code postal et ville <input type="text"/>	Pays et région <input type="text"/>
Coordonnées : numéro de téléphone portable (+ indicatif du pays / régional) <input type="text"/>	Coordonnées : adresse e-mail <input type="text"/>
Ancien client ou client actuel de Globality S.A. et/ou Foyer Global Health S.A. ? <input type="checkbox"/> Si oui, veuillez indiquer le(s) numéro(s) d'assurance	
Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Nationalité(s) <input type="text"/>	
Pays où le Formulaire de Souscription est signé <input type="text"/>	Pays de destination (où le demandeur 2 résidera) <input type="text"/>

Demandeur 3	
Date de début de l'assurance (jj/mm/aaaa) Date de signature Ou indiquez une date de début future :	
Sexe M F	Titre
Prénom	Nom
Lien avec le demandeur principal Partenaire Enfant	
Date de naissance (jj/mm/aaaa)	Profession et secteur d'activité
Adresse postale Même adresse que celle du demandeur principal Adresse différente	
Nom/numéro du bâtiment	Rue
Code postal et ville	Pays et région
Coordonnées : numéro de téléphone portable (+ indicatif du pays / régional)	Coordonnées : adresse e-mail
Ancien client ou client actuel de Globality S.A. et/ou Foyer Global Health S.A. ? Si oui, veuillez indiquer le(s) numéro(s) d'assurance Oui Non	
Nationalité(s)	
Pays où le Formulaire de Souscription est signé	Pays de destination (où le demandeur 3 résidera)

Demandeur 4	
Date de début de l'assurance (jj/mm/aaaa) Date de signature Ou indiquez une date de début future :	
Sexe M F	Titre
Prénom	Nom
Lien avec le demandeur principal Partenaire Enfant	
Date de naissance (jj/mm/aaaa)	Profession et secteur d'activité
Adresse postale Même adresse que celle du demandeur principal Adresse différente	
Nom/numéro du bâtiment	Rue
Code postal et ville	Pays et région
Coordonnées : numéro de téléphone portable (+ indicatif du pays / régional)	Coordonnées : adresse e-mail
Ancien client ou client actuel de Globality S.A. et/ou Foyer Global Health S.A. ? Si oui, veuillez indiquer le(s) numéro(s) d'assurance Oui Non	
Nationalité(s)	
Pays où le Formulaire de Souscription est signé	Pays de destination (où le demandeur 4 résidera)

C. Période d'Assurance, Niveau du Plan et Zone Géographique				
Devise du contrat :		EUR USD GBP CHF	Période d'Assurance :	
			3 mois 6 mois 9 mois	
Demandeur	Niveau du Plan			Zone géographique
1	Short	sans franchise	Co-Paiement fixe de 20 %	Zone géographique I : Monde entier, y compris les États-Unis d'Amérique Zone géographique II : Monde entier, à l'exclusion des États-Unis d'Amérique
2	Short	sans franchise	Co-Paiement fixe de 20 %	Zone géographique I : Monde entier, y compris les États-Unis d'Amérique Zone géographique II : Monde entier, à l'exclusion des États-Unis d'Amérique
3	Short	sans franchise	Co-Paiement fixe de 20 %	Zone géographique I : Monde entier, y compris les États-Unis d'Amérique Zone géographique II : Monde entier, à l'exclusion des États-Unis d'Amérique
4	Short	sans franchise	Co-Paiement fixe de 20 %	Zone géographique I : Monde entier, y compris les États-Unis d'Amérique Zone géographique II : Monde entier, à l'exclusion des États-Unis d'Amérique

 **Remarque :**

- Le Co-Paiement s'applique uniquement aux traitements ambulatoires.
- Ce produit d'assurance est destiné aux personnes résidant temporairement hors de leur pays d'origine. Si vous séjournez aux États-Unis, veuillez noter qu'il ne s'agit pas d'un produit relevant de l'Affordable Care Act (ACA). Ce produit est conçu comme une couverture internationale complémentaire pour les personnes disposant déjà d'une assurance santé principale conforme à l'ACA. Veuillez vous assurer que cette couverture est adaptée à votre situation avant de souscrire.

D. Couverture antérieure et coordonnées du médecin

⚠ Obligatoire : les informations suivantes (point 1 OU point 2) sont requises.

1. Les demandeurs bénéficient-ils ou ont-ils bénéficié d'une couverture d'assurance maladie au cours des trois dernières années (assurance maladie obligatoire ou privée) ?

Demandeur	Réponse	Ancien assureur	N° d'assurance	Niveau de couverture	Date de début (jj/mm/aaaa)	Date de fin (jj/mm/aaaa)
1	Oui Non			Hospitalisation Soins ambulatoires Soins dentaires		
2	Oui Non			Hospitalisation Soins ambulatoires Soins dentaires		
3	Oui Non			Hospitalisation Soins ambulatoires Soins dentaires		
4	Oui Non			Hospitalisation Soins ambulatoires Soins dentaires		

2. Veuillez indiquer le nom et l'adresse du médecin le mieux à même de fournir des informations complémentaires concernant l'état de santé des demandeurs (au cours des 3 dernières années). S'il y a plus d'un médecin ou d'un établissement de santé associé aux personnes figurant dans cette demande, veuillez fournir toute information supplémentaire dans la case prévue à cet effet à la fin de la section E ou joindre une page séparée.

Demandeur	Nom du médecin	Adresse de l'hôpital/de la clinique/du médecin	Numéro de téléphone et adresse e-mail
1			
2			
3			
4			

E. Antécédents médicaux

⚠ Les Conditions Préexistantes sont exclues de la couverture d'assurance.

Conditions Préexistantes

On entend par « Conditions Préexistantes » tout problème de santé, toute maladie, toute blessure physique ou leurs conséquences dont le demandeur avait connaissance, ou pour lesquels il avait reçu des conseils médicaux, un diagnostic ou un traitement, avant de signer le Formulaire de Souscription.

Cela comprend :

- i. Toute affection pour laquelle le demandeur a subi des examens diagnostiques (y compris des dépistages préventifs ou des bilans de santé de routine) ayant donné lieu à des résultats anormaux, qu'un diagnostic formel ait été posé ou non.
- ii. Tout signe ou symptôme, qu'il ait été diagnostiqué ou non, ainsi que toute anomalie physique ou organique, anomalie congénitale, handicap ou malformation.
- iii. La présence de tout dispositif médical tel que des implants, des stents, des prothèses ou tout autre dispositif fixé de manière permanente ou temporaire au corps.

En outre, toute maladie, blessure ou affection survenant entre la date de signature du Formulaire de Souscription et celle de la signature des Conditions Particulières sera également considérée comme une affection préexistante.

Informations complémentaires et remarques :

F. Paiement des primes

Mode de paiement

Prélèvement automatique (s'applique uniquement aux primes en euros au sein de la zone euro*, au Royaume-Uni et au Danemark, ou lorsque cela est spécifiquement pris en charge par la banque du demandeur).

*La zone euro comprend : l'Autriche, la Belgique, la Bulgarie, la Croatie, Chypre, l'Estonie, la Finlande, la France, l'Allemagne, la Grèce, l'Italie, la Lettonie, la Lituanie, le Luxembourg, Malte, les Pays-Bas, le Portugal, la République d'Irlande, la Slovaquie, la Slovénie et l'Espagne.

Paiement de la prime par virement bancaire

Carte de crédit

Avec vos documents d'assurance, vous recevrez un accès à une page web sécurisée sur laquelle vous devrez saisir les informations relatives à votre carte de crédit afin d'activer la couverture d'assurance.

G. Déclarations de toutes les personnes à assurer, y compris le demandeur principal.

Je prends connaissance des points suivants :

Responsabilité quant aux informations fournies dans le Formulaire de Souscription

Avant de déclarer leur intention de souscrire la Police d'Assurance, les demandeurs doivent informer l'Assureur de toutes les circonstances connues et demandées par celui-ci, qui sont importantes pour la décision de l'Assureur d'accorder la couverture d'assurance convenue.

Les conditions survenant entre la signature du Formulaire de Souscription et la date de signature des Conditions Particulières sont considérées comme préexistantes.

Secret professionnel, externalisation et recours à des prestataires de services de cloud computing

Foyer Global Health S.A. attache une grande importance au respect du secret professionnel et de la confidentialité des données de ses clients et s'engage à tout moment à mettre en œuvre toutes les mesures nécessaires et requises pour garantir la confidentialité des données conformément aux normes de qualité les plus élevées et dans le respect de la réglementation en vigueur.

Afin de garantir un niveau élevé de qualité de ses services et de mettre à la disposition de ses clients les technologies les plus avancées, l'Assureur peut faire appel à des prestataires de services, à des sous-traitants et à des technologies utilisant le cloud computing.

Dans tous les cas, les données communiquées seront protégées selon des normes de qualité élevées et dans le respect de la réglementation, y compris celle prévue par le RGPD.

Dans le cadre de l'exécution de la Police d'Assurance et afin d'assurer une prestation optimale des services d'assurance correspondants selon des normes de qualité élevées, l'Assureur a recours à des prestataires de services externes et à des solutions de cloud computing. Dans ce contexte, les informations et données relatives à toutes les personnes à assurer, y compris le demandeur principal, notamment les données d'identification personnelles (telles que le sexe, le titre, le nom, le prénom, l'adresse postale, l'adresse e-mail, le numéro de téléphone et la date de naissance) et les données de communication (telles que les rapports d'échanges par appel téléphonique, e-mail, réseaux sociaux ou via un portail) sont mises à disposition et communiquées aux prestataires de services concernés.

En signant le présent Formulaire de Souscription, toutes les personnes à assurer, y compris le demandeur principal, reconnaissent, acceptent, approuvent et consentent expressément à l'externalisation et à l'utilisation du cloud susmentionnées, ainsi qu'au transfert et à la divulgation des informations et données qui en découlent, tels que détaillés dans la Police d'Assurance et sur le site web de l'Assureur à l'adresse <https://www.foyer.lu/fr/transparency>.

Toutes les personnes à assurer, y compris le demandeur principal, reconnaissent, acceptent, approuvent et consentent également expressément au fait que les informations publiées sur le site web de l'Assureur peuvent être modifiées et/ou complétées de temps à autre et s'engagent expressément à consulter régulièrement ce site web.

Le tableau des sous-traitances publié sur le site web de l'Assureur précise les contrats de sous-traitance actuellement en vigueur, la nature exacte des services sous-traités, le type d'informations transmises et le pays d'établissement du ou des prestataires de services.

Si un prestataire de services n'est pas soumis à une obligation de secret professionnel similaire à celle de l'Assureur, ce dernier conclura un accord de confidentialité avec le prestataire de services afin de lui imposer une telle obligation de confidentialité dans le cadre de l'externalisation concernée.

En cas de modification du tableau d'externalisation (exemples : ajout d'un prestataire de services, recours au cloud computing), le demandeur principal sera informé de cette modification par courrier électronique et/ou par tout autre canal de communication pertinent prévu dans la Police d'Assurance ou convenu avec le demandeur principal. Le demandeur principal s'engage à informer toutes les personnes à assurer de cette modification.

Si, dans un délai de deux mois à compter d'une modification apportée au tableau des sous-traitants, le demandeur principal n'a pas formulé d'objection écrite à l'égard de cette modification, toutes les personnes à assurer, y compris le demandeur principal, seront réputées avoir accepté de manière irrévocable la modification en question. En cas d'objection de la part du demandeur principal, celle-ci doit être notifiée à l'Assureur par lettre recommandée et cette notification constituera un motif de résiliation à la prochaine échéance de la Police d'Assurance.

Si le demandeur principal détient plusieurs Polices d'Assurance auprès de l'Assureur, il doit notifier une objection par Police d'Assurance.

Assurance antérieure

Veillez joindre, pour chaque demandeur mentionné dans le présent document, toutes les données relatives aux assurances maladie antérieures ou aux systèmes de santé publics applicables au cours des 3 dernières années (y compris toute donnée relative à l'assurance maladie obligatoire, privée ou publique) pour la couverture hospitalisation, soins ambulatoires et soins dentaires.

Demande et acceptation de la demande d'assurance maladie

Le présent Formulaire de Souscription n'engage ni le demandeur ni l'Assureur à conclure le contrat d'assurance. Toutefois, l'Assureur informera le demandeur, dans les 30 jours suivant la réception du Formulaire de Souscription, de son offre d'assurance, de la soumission de l'assurance à une enquête ou à une expertise, ou du refus d'assurance. L'Assureur accordera la couverture d'assurance de bonne foi, en partant du principe que le demandeur a répondu de manière correcte et complète à toutes les questions pertinentes posées avant l'entrée en vigueur de la Police d'Assurance (ce que l'on appelle « l'obligation précontractuelle de divulgation d'informations »).

La conclusion du contrat d'assurance est subordonnée à l'acceptation écrite de la proposition par l'Assureur. Le paiement de la première prime à l'intermédiaire ou à l'Assureur ne vaut pas acceptation de la proposition par l'Assureur.

En signant le présent Formulaire de Souscription, les demandeurs confirment avoir lu et compris les Conditions Générales énoncées dans le présent Formulaire de Souscription, les Conditions Générales d'Assurance et les Conditions Particulières, et en reconnaissent, acceptent, approuvent et consentent expressément à celles-ci.

En outre, les demandeurs s'engagent à signer les Conditions Particulières si l'Assureur accepte le Formulaire de Souscription.

Les demandeurs acceptent et consentent à ce que toute notification émise par l'Assureur concernant la Police d'Assurance puisse leur être adressée. Le demandeur principal s'engage à informer toutes les personnes à assurer de ces notifications, le cas échéant, et l'Assureur ne saurait être tenu responsable du manquement du demandeur principal à cette obligation.

