

Formulaire de Souscription à l'assurance santé individuelle « Journey » Plans Extensive, Advanced et Premium

⚠ Remarque : nous ne pourrions 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. Pour les personnes s'installant en Allemagne (contrat souscrit par des expatriés arrivant dans le pays), la durée maximale de couverture est de 5 ans. Cette limite inclut toutes les extensions de contrat ainsi que toute assurance maladie préalable détenue auprès d'autres compagnies. En conséquence, tout demandeur résidant en Allemagne depuis plus de 5 ans n'est pas éligible à ce produit.
3. 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.
4. 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)	
<input type="checkbox"/> 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	
Date de début de l'assurance (jj/mm/aaaa)	
<input type="checkbox"/> Date de signature <input type="checkbox"/> Ou indiquez une date de début future :	
Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Titre
Prénom	Nom
Date de naissance (jj/mm/aaaa)	Profession et secteur d'activité
Adresse postale	
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	
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Nationalité(s)	
Pays où le Formulaire de Souscription est signé	Pays de destination (où le demandeur 1 résidera)
Langue du contrat (toutes les correspondances et tous les documents seront fournis dans cette langue)	
<input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/> Allemand <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Espagnol	

B. Autres personnes à assurer	
Demandeur 2	
Date de début de l'assurance (jj/mm/aaaa)	
<input type="checkbox"/> Date de signature <input type="checkbox"/> Ou indiquez une date de début future :	
Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Titre
Prénom	Nom
Lien avec le demandeur principal	
<input type="checkbox"/> Partenaire <input type="checkbox"/> Enfant	
Date de naissance (jj/mm/aaaa)	Profession et secteur d'activité
Adresse postale <input type="checkbox"/> Même adresse que celle du demandeur principal <input type="checkbox"/> 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	
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Nationalité(s)	
Pays où le Formulaire de Souscription est signé	Pays de destination (où le demandeur 2 résidera)

Demandeur 3	
Date de début de l'assurance (jj/mm/aaaa) <input type="checkbox"/> Date de signature <input type="checkbox"/> Ou indiquez une date de début future :	
Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Titre
Prénom	Nom
Lien avec le demandeur principal <input type="checkbox"/> Partenaire <input type="checkbox"/> Enfant	
Date de naissance (jj/mm/aaaa)	Profession et secteur d'activité
Adresse postale <input type="checkbox"/> Même adresse que celle du demandeur principal <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> Date de signature <input type="checkbox"/> Ou indiquez une date de début future :	
Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Titre
Prénom	Nom
Lien avec le demandeur principal <input type="checkbox"/> Partenaire <input type="checkbox"/> Enfant	
Date de naissance (jj/mm/aaaa)	Profession et secteur d'activité
Adresse postale <input type="checkbox"/> Même adresse que celle du demandeur principal <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Nationalité(s)	
Pays où le Formulaire de Souscription est signé	Pays de destination (où le demandeur 4 résidera)

C. Niveau du Plan et Zone Géographique				
Devise du contrat : <input type="checkbox"/> EUR <input type="checkbox"/> USD <input type="checkbox"/> GBP <input type="checkbox"/> CHF				
Demandeur	Niveau du Plan			Zone géographique
1	Extensive	Franchise : <input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> 250 EUR / 325 USD / 210 GBP / 232,50 CHF <input type="checkbox"/> 500 EUR / 650 USD / 420 GBP / 465 CHF <input type="checkbox"/> 1 000 EUR / 1 300 USD / 840 GBP / 930 CHF	Co-Paiement : <input type="checkbox"/> 0% <input type="checkbox"/> 10% <input type="checkbox"/> 20% Montant maximal à votre charge : 1 500 EUR / 1 950 USD / 1 260 GBP / 1 395 CHF	<input type="checkbox"/> Zone géographique I : Monde entier, y compris les États-Unis d'Amérique <input type="checkbox"/> Zone géographique II : Monde entier, à l'exclusion des États-Unis d'Amérique
	Advanced	Franchise : <input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> 250 EUR / 325 USD / 210 GBP / 232,50 CHF <input type="checkbox"/> 500 EUR / 650 USD / 420 GBP / 465 CHF <input type="checkbox"/> 1 000 EUR / 1 300 USD / 840 GBP / 930 CHF <input type="checkbox"/> 3 000 EUR / 3 900 USD / 2 520 GBP / 2 790 CHF <input type="checkbox"/> 5 000 EUR / 6 500 USD / 4 200 GBP / 4 650 CHF <input type="checkbox"/> 7 000 EUR / 9 100 USD / 5 880 GBP / 6 510 CHF	Co-Paiement : <input type="checkbox"/> 0% <input type="checkbox"/> 10% <input type="checkbox"/> 20% Montant maximal à votre charge : 2 500 EUR / 3 250 USD / 2 100 GBP / 2 325 CHF	
	Premium	Franchise : <input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> 250 EUR / 325 USD / 210 GBP / 232,50 CHF <input type="checkbox"/> 500 EUR / 650 USD / 420 GBP / 465 CHF <input type="checkbox"/> 1 000 EUR / 1 300 USD / 840 GBP / 930 CHF <input type="checkbox"/> 3 000 EUR / 3 900 USD / 2 520 GBP / 2 790 CHF <input type="checkbox"/> 5 000 EUR / 6 500 USD / 4 200 GBP / 4 650 CHF <input type="checkbox"/> 7 000 EUR / 9 100 USD / 5 880 GBP / 6 510 CHF	Co-Paiement : <input type="checkbox"/> 0% <input type="checkbox"/> 10% <input type="checkbox"/> 20% Montant maximal à votre charge : 2 500 EUR / 3 250 USD / 2 100 GBP / 2 325 CHF	
2	Extensive	Franchise : <input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> 250 EUR / 325 USD / 210 GBP / 232,50 CHF <input type="checkbox"/> 500 EUR / 650 USD / 420 GBP / 465 CHF <input type="checkbox"/> 1 000 EUR / 1 300 USD / 840 GBP / 930 CHF	Co-Paiement : <input type="checkbox"/> 0% <input type="checkbox"/> 10% <input type="checkbox"/> 20% Montant maximal à votre charge : 1 500 EUR / 1 950 USD / 1 260 GBP / 1 395 CHF	<input type="checkbox"/> Zone géographique I : Monde entier, y compris les États-Unis d'Amérique <input type="checkbox"/> Zone géographique II : Monde entier, à l'exclusion des États-Unis d'Amérique
	Advanced	Franchise : <input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> 250 EUR / 325 USD / 210 GBP / 232,50 CHF <input type="checkbox"/> 500 EUR / 650 USD / 420 GBP / 465 CHF <input type="checkbox"/> 1 000 EUR / 1 300 USD / 840 GBP / 930 CHF <input type="checkbox"/> 3 000 EUR / 3 900 USD / 2 520 GBP / 2 790 CHF <input type="checkbox"/> 5 000 EUR / 6 500 USD / 4 200 GBP / 4 650 CHF <input type="checkbox"/> 7 000 EUR / 9 100 USD / 5 880 GBP / 6 510 CHF	Co-Paiement : <input type="checkbox"/> 0% <input type="checkbox"/> 10% <input type="checkbox"/> 20% Montant maximal à votre charge : 2 500 EUR / 3 250 USD / 2 100 GBP / 2 325 CHF	
	Premium	Franchise : <input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> 250 EUR / 325 USD / 210 GBP / 232,50 CHF <input type="checkbox"/> 500 EUR / 650 USD / 420 GBP / 465 CHF <input type="checkbox"/> 1 000 EUR / 1 300 USD / 840 GBP / 930 CHF <input type="checkbox"/> 3 000 EUR / 3 900 USD / 2 520 GBP / 2 790 CHF <input type="checkbox"/> 5 000 EUR / 6 500 USD / 4 200 GBP / 4 650 CHF <input type="checkbox"/> 7 000 EUR / 9 100 USD / 5 880 GBP / 6 510 CHF	Co-Paiement : <input type="checkbox"/> 0% <input type="checkbox"/> 10% <input type="checkbox"/> 20% Montant maximal à votre charge : 2 500 EUR / 3 250 USD / 2 100 GBP / 2 325 CHF	
3	Extensive	Franchise : <input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> 250 EUR / 325 USD / 210 GBP / 232,50 CHF <input type="checkbox"/> 500 EUR / 650 USD / 420 GBP / 465 CHF <input type="checkbox"/> 1 000 EUR / 1 300 USD / 840 GBP / 930 CHF	Co-Paiement : <input type="checkbox"/> 0% <input type="checkbox"/> 10% <input type="checkbox"/> 20% Montant maximal à votre charge : 1 500 EUR / 1 950 USD / 1 260 GBP / 1 395 CHF	<input type="checkbox"/> Zone géographique I : Monde entier, y compris les États-Unis d'Amérique <input type="checkbox"/> Zone géographique II : Monde entier, à l'exclusion des États-Unis d'Amérique
	Advanced	Franchise : <input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> 250 EUR / 325 USD / 210 GBP / 232,50 CHF <input type="checkbox"/> 500 EUR / 650 USD / 420 GBP / 465 CHF <input type="checkbox"/> 1 000 EUR / 1 300 USD / 840 GBP / 930 CHF <input type="checkbox"/> 3 000 EUR / 3 900 USD / 2 520 GBP / 2 790 CHF <input type="checkbox"/> 5 000 EUR / 6 500 USD / 4 200 GBP / 4 650 CHF <input type="checkbox"/> 7 000 EUR / 9 100 USD / 5 880 GBP / 6 510 CHF	Co-Paiement : <input type="checkbox"/> 0% <input type="checkbox"/> 10% <input type="checkbox"/> 20% Montant maximal à votre charge : 2 500 EUR / 3 250 USD / 2 100 GBP / 2 325 CHF	
	Premium	Franchise : <input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> 250 EUR / 325 USD / 210 GBP / 232,50 CHF <input type="checkbox"/> 500 EUR / 650 USD / 420 GBP / 465 CHF <input type="checkbox"/> 1 000 EUR / 1 300 USD / 840 GBP / 930 CHF <input type="checkbox"/> 3 000 EUR / 3 900 USD / 2 520 GBP / 2 790 CHF <input type="checkbox"/> 5 000 EUR / 6 500 USD / 4 200 GBP / 4 650 CHF <input type="checkbox"/> 7 000 EUR / 9 100 USD / 5 880 GBP / 6 510 CHF	Co-Paiement : <input type="checkbox"/> 0% <input type="checkbox"/> 10% <input type="checkbox"/> 20% Montant maximal à votre charge : 2 500 EUR / 3 250 USD / 2 100 GBP / 2 325 CHF	

Remarque :

- Les franchises et les Co-Paiements s'appliquent uniquement aux traitements ambulatoires. Si l'option de Co-Paiement est sélectionnée, le plafond de dépenses sera automatiquement appliqué.
- 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.

Demandeur	Niveau du Plan		Zone géographique
4	Extensive	Franchise : <input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> 250 EUR / 325 USD / 210 GBP / 232,50 CHF <input type="checkbox"/> 500 EUR / 650 USD / 420 GBP / 465 CHF <input type="checkbox"/> 1 000 EUR / 1 300 USD / 840 GBP / 930 CHF	<input type="checkbox"/> Zone géographique I : Monde entier, y compris les États-Unis d'Amérique <input type="checkbox"/> Zone géographique II : Monde entier, à l'exclusion des États-Unis d'Amérique
	Advanced	Franchise : <input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> 250 EUR / 325 USD / 210 GBP / 232,50 CHF <input type="checkbox"/> 500 EUR / 650 USD / 420 GBP / 465 CHF <input type="checkbox"/> 1 000 EUR / 1 300 USD / 840 GBP / 930 CHF <input type="checkbox"/> 3 000 EUR / 3 900 USD / 2 520 GBP / 2 790 CHF <input type="checkbox"/> 5 000 EUR / 6 500 USD / 4 200 GBP / 4 650 CHF <input type="checkbox"/> 7 000 EUR / 9 100 USD / 5 880 GBP / 6 510 CHF	
	Premium	Franchise : <input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> 250 EUR / 325 USD / 210 GBP / 232,50 CHF <input type="checkbox"/> 500 EUR / 650 USD / 420 GBP / 465 CHF <input type="checkbox"/> 1 000 EUR / 1 300 USD / 840 GBP / 930 CHF <input type="checkbox"/> 3 000 EUR / 3 900 USD / 2 520 GBP / 2 790 CHF <input type="checkbox"/> 5 000 EUR / 6 500 USD / 4 200 GBP / 4 650 CHF <input type="checkbox"/> 7 000 EUR / 9 100 USD / 5 880 GBP / 6 510 CHF	

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	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			<input type="checkbox"/> Hospitalisation <input type="checkbox"/> Soins ambulatoires <input type="checkbox"/> Soins dentaires		
2	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			<input type="checkbox"/> Hospitalisation <input type="checkbox"/> Soins ambulatoires <input type="checkbox"/> Soins dentaires		
3	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			<input type="checkbox"/> Hospitalisation <input type="checkbox"/> Soins ambulatoires <input type="checkbox"/> Soins dentaires		
4	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			<input type="checkbox"/> Hospitalisation <input type="checkbox"/> Soins ambulatoires <input type="checkbox"/> 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 trois 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

Important : il convient de répondre de manière détaillée à toutes les questions relatives à la santé énumérées ci-dessous. Les symptômes, les maladies et les conséquences d'un accident doivent être mentionnés, même si le demandeur les juge sans importance. Les tirets ne constituent pas une réponse valable. Si vous avez besoin de plus d'espace, veuillez poursuivre sur une feuille séparée en précisant le numéro du demandeur concerné et en faisant référence à cette feuille dans le Formulaire de Souscription. Si le demandeur ne souhaite pas divulguer certaines informations à l'intermédiaire, celles-ci doivent être fournies directement à Foyer Global Health S.A. par écrit dans les trois jours suivant la réception du Formulaire de Souscription par Foyer Global Health S.A.. Dans ce cas, le demandeur doit indiquer dans le Formulaire de Souscription que les informations seront fournies séparément.

L'Assureur attire l'attention des demandeurs sur le fait que, si les réponses aux questions de santé figurant dans le présent Formulaire de Souscription, qui sont pertinentes pour l'acceptation du risque, sont incorrectes ou incomplètes, l'Assureur peut – à condition que l'obligation de fournir des informations n'ait pas été violée de manière intentionnelle – résilier le contrat d'assurance dans un délai d'un mois à compter de la date à laquelle il a été informé de la violation, dans la mesure où l'Assureur peut prouver qu'il n'aurait en aucun cas assuré le risque. La police d'assurance est nulle et non avenue si l'évaluation du risque par l'assureur est affectée par une violation intentionnelle de l'obligation d'information des demandeurs. Dans ce cas, le demandeur est tenu de rembourser les prestations d'assurance déjà perçues. L'assureur ne remboursera pas les primes versées.

Les conditions survenant entre la signature du Formulaire de Souscription et la date de signature des Conditions Particulières seront également considérées comme préexistantes. Il est donc nécessaire que le demandeur informe immédiatement l'assureur de tout changement significatif concernant les informations fournies, qui surviendrait entre le dépôt du présent Formulaire de Souscription et son acceptation par l'assureur (veuillez vous reporter à la section « Responsabilité relative aux informations fournies dans le Formulaire de Souscription », page 13).

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.

Les Conditions Préexistantes peuvent être couvertes par la Police d'assurance après une souscription médicale complète.

Si une couverture d'assurance existe ou a existé auprès de Globality S.A. ou de Foyer Global Health S.A., il n'est pas nécessaire de mentionner les affections ou les traitements suivis au cours des cinq dernières années qui sont déjà pleinement connus de Globality S.A. ou de Foyer Global Health S.A. grâce aux factures ou aux certificats médicaux présentés à Globality S.A. ou à Foyer Global Health S.A. dans le cadre du contrat d'assurance antérieur.

Questions générales (Niveau 1)					
N°	Question	Demandeur 1	Demandeur 2	Demandeur 3	Demandeur 4
1	Quelle est votre taille en cm et votre poids en kg ?	<input type="text"/> cm <input type="text"/> kg	<input type="text"/> cm <input type="text"/> kg	<input type="text"/> cm <input type="text"/> kg	<input type="text"/> cm <input type="text"/> kg
2a	Fumez-vous plus de 20 cigarettes ou utilisez-vous plus d'une cigarette électronique (10 mg/ml) par jour ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, combien ? <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, combien ? <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, combien ? <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, combien ? <input type="text"/>
2b	Avez-vous déjà été traité pour une dépendance à une drogue ou à une substance, avez-vous déjà reçu un diagnostic de dépendance, ou souffrez-vous actuellement d'une telle dépendance ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, veuillez fournir des détails supplémentaires tels que les dates de traitement ou de réadaptation, votre situation actuelle, etc. <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, veuillez fournir des détails supplémentaires tels que les dates de traitement ou de réadaptation, votre situation actuelle, etc. <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, veuillez fournir des détails supplémentaires tels que les dates de traitement ou de réadaptation, votre situation actuelle, etc. <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, veuillez fournir des détails supplémentaires tels que les dates de traitement ou de réadaptation, votre situation actuelle, etc. <input type="text"/>
3	Consommez-vous plus de 14 unités d'alcool par semaine ? Alcool : unités (1 unité = 250 ml de bière / 100 ml de vin / 25 ml de spiritueux)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, combien ? <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, combien ? <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, combien ? <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, combien ? <input type="text"/>

Questions générales sur la santé (Niveau 1)					
N°	Au cours des cinq dernières années, ...	Demandeur 1	Demandeur 2	Demandeur 3	Demandeur 4
1	Avez-vous déjà suivi, suivez-vous actuellement, ou un traitement en hospitalisation, en soins de jour ou en ambulatoire vous a-t-il été recommandé ou est-il prévu ?	<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"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
2	Prenez-vous actuellement, avez-vous pris ou prévoyez-vous de prendre des médicaments sur ordonnance, des médicaments en vente libre ou des remèdes alternatifs/à base de plantes/traditionnels ?	<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"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
3	Avez-vous subi ou vous a-t-on recommandé des examens diagnostiques, avec ou sans diagnostic, ou avez-vous reçu des résultats anormaux à la suite d'examens préventifs ou de bilans de santé ?	<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"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
4	Souffrez-vous actuellement d'une maladie ou d'une blessure, de signes ou de symptômes non diagnostiqués, de défauts physiques ou organiques, d'anomalies congénitales, d'un handicap ou d'une malformation ?	<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"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
5	Avez-vous des implants (à l'exception des implants dentaires), des stents, des prothèses ou tout autre dispositif fixé à l'intérieur de votre corps ?	<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"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
6	Êtes-vous enceinte ? Si oui, quelle est la date prévue de l'accouchement ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Détails si vous avez répondu « Oui » <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Détails si vous avez répondu « Oui » <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Détails si vous avez répondu « Oui » <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Détails si vous avez répondu « Oui » <input type="text"/>

7a	<p>Consultez-vous votre dentiste au moins une fois par an pour des examens dentaires de routine ? Veuillez indiquer la ou les raisons et la date de votre dernière visite, ainsi que le nom et l'adresse de votre dentiste.</p>	<p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Informations complémentaires :</p> <div style="border: 1px solid black; height: 150px; width: 100%;"></div> <p>Si non, veuillez nous envoyer le formulaire dentaire que nous vous avons envoyé en fonction de l'âge (formulaire pour adulte ou pour enfant). Ce formulaire dentaire doit être rempli, signé et tamponné par un dentiste.</p>	<p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Informations complémentaires :</p> <div style="border: 1px solid black; height: 150px; width: 100%;"></div> <p>Si non, veuillez nous envoyer le formulaire dentaire que nous vous avons envoyé en fonction de l'âge (formulaire pour adulte ou pour enfant). Ce formulaire dentaire doit être rempli, signé et tamponné par un dentiste.</p>	<p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Informations complémentaires :</p> <div style="border: 1px solid black; height: 150px; width: 100%;"></div> <p>Si non, veuillez nous envoyer le formulaire dentaire que nous vous avons envoyé en fonction de l'âge (formulaire pour adulte ou pour enfant). Ce formulaire dentaire doit être rempli, signé et tamponné par un dentiste.</p>	<p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Informations complémentaires :</p> <div style="border: 1px solid black; height: 150px; width: 100%;"></div> <p>Si non, veuillez nous envoyer le formulaire dentaire que nous vous avons envoyé en fonction de l'âge (formulaire pour adulte ou pour enfant). Ce formulaire dentaire doit être rempli, signé et tamponné par un dentiste.</p>
7b	<p>Souffrez-vous actuellement d'une affection ou d'un problème dentaire, y compris des signes ou des symptômes, ou suivez-vous, avez-vous prévu ou vous a-t-on recommandé un traitement dentaire ou orthodontique ? (par exemple : dent(s) manquante(s), inexistante(s), non remplacée(s) ou fêlée(s)/cassée(s), prothèse dentaire existante devant être retirée, ou qui datent de plus de 10 ans, dents mal alignées, troubles ou maladies de la mâchoire, serrement ou grincement des dents, souffrance d'une maladie parodontale)</p>	<p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Si oui, veuillez nous renvoyer le formulaire dentaire que nous vous avons envoyé, en fonction de l'âge (formulaire pour adulte ou pour enfant). Ce formulaire dentaire doit être rempli, signé et tamponné par un dentiste.</p>	<p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Si oui, veuillez nous renvoyer le formulaire dentaire que nous vous avons envoyé, en fonction de l'âge (formulaire pour adulte ou pour enfant). Ce formulaire dentaire doit être rempli, signé et tamponné par un dentiste.</p>	<p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Si oui, veuillez nous renvoyer le formulaire dentaire que nous vous avons envoyé, en fonction de l'âge (formulaire pour adulte ou pour enfant). Ce formulaire dentaire doit être rempli, signé et tamponné par un dentiste.</p>	<p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Si oui, veuillez nous renvoyer le formulaire dentaire que nous vous avons envoyé, en fonction de l'âge (formulaire pour adulte ou pour enfant). Ce formulaire dentaire doit être rempli, signé et tamponné par un dentiste.</p>

Si vous avez répondu « Non » à toutes les questions de santé générale 1 à 5, veuillez passer à la section F.

Questions sur l'état de santé général (Niveau 2)	
N°	Les demandeurs souffrent-ils de l'un des problèmes de santé suivants ?
1	Problèmes cardiaques ou troubles circulatoires (par exemple : hypertension artérielle, angine de poitrine, douleurs thoraciques, crise cardiaque, insuffisance cardiaque, arythmie cardiaque, malformations cardiaques, anévrismes, varices, etc.) <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Si oui, veuillez fournir des détails à la page suivante.
2	Troubles respiratoires (par exemple, problèmes respiratoires, asthme, BPCO, pneumonie, bronchite, tuberculose, allergies, déviation de la cloison nasale, etc.) <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Si oui, veuillez fournir des détails à la page suivante.
3	Troubles endocriniens (par exemple, troubles glandulaires, diabète (de type 1 ou de type 2), problèmes thyroïdiens, syndrome de Cushing, maladie d'Addison, maladie de Graves, etc.) <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Si oui, veuillez fournir des détails à la page suivante.
4	Troubles gastro-intestinaux (par exemple : problèmes d'estomac, d'intestins, de foie ou de vésicule biliaire, gastrite/ulcères, syndrome du côlon irritable, maladie de Crohn, colite, modification des habitudes intestinales, hémorroïdes, pancréatite, hépatite, cirrhose, calculs biliaires, hernies, etc.) <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Si oui, veuillez fournir des détails à la page suivante.
5	Cancer, tumeurs ou excroissances (par exemple, polypes, excroissances bénignes, kystes, tout cancer ou état précancéreux, etc.) <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Si oui, veuillez fournir des détails à la page suivante.
6	Troubles du cerveau et du système nerveux (par exemple : AVC, démence, migraine, maux de tête chroniques, sclérose en plaques, épilepsie/crises, sciatique, faible tonus musculaire, maladie de Parkinson, etc.) <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Si oui, veuillez fournir des détails à la page suivante.
7	Problèmes de peau, de cheveux ou d'ongles (par exemple : eczéma, dermatite, éruptions cutanées, alopecie areata, psoriasis, acné, kystes, grains de beauté qui démangent ou saignent, etc.) <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Si oui, veuillez fournir des détails à la page suivante.
8	Troubles de l'oreille (acouphènes, vertiges, troubles de l'audition, surdité). Problèmes oculaires (par exemple, glaucome, cataracte, problèmes cornéens, décollement de la rétine, etc.). Avez-vous une déficience visuelle de 8 dioptries ou plus ? Si oui, veuillez préciser les dioptries : œil droit (OD) ; œil gauche (OG) <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Si oui, veuillez fournir des détails à la page suivante.
9	Troubles urinaires et reproductifs (par exemple, insuffisance rénale, infections urinaires, incontinence; troubles testiculaires ou de la prostate, infertilité, problèmes liés à la grossesse ou à l'accouchement (y compris les césariennes), règles abondantes ou irrégulières, fibromes, endométriose, frottis anormaux, ovaires polykystiques, etc.) <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Si oui, veuillez fournir des détails à la page suivante.
10	Troubles sanguins/infectieux/immunitaires (par exemple, résultats d'analyses sanguines anormaux, problèmes de coagulation, hypercholestérolémie, anémie, paludisme, maladie auto-immune, etc.) <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Si oui, veuillez fournir des détails à la page suivante.
11	Troubles psychiatriques/psychologiques (par exemple : dépression, stress traité médicalement, anxiété, maladie mentale, schizophrénie, troubles compulsifs ou alimentaires, dépendance aux drogues/à l'alcool, etc.) <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Si oui, veuillez fournir des détails à la page suivante.
12	Problèmes musculaires ou squelettiques (par exemple, rhumatismes, goutte, arthrite, problèmes de dos, problèmes de cou/épaules, problèmes de cartilage et de ligaments, prothèses articulaires, fractures, ostéoporose, affections inflammatoires, hernie discale, etc.) Veuillez indiquer le côté touché ou le niveau de la colonne vertébrale, le cas échéant. <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Si oui, veuillez fournir des détails à la page suivante.
13	Avez-vous déjà été testé positif et êtes-vous en attente d'un traitement, d'examen, de bilans de santé ou des résultats d'examen concernant le sida, le VIH, l'hépatite B, C ou D ? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Si oui, veuillez fournir des détails à la page suivante.
14	Y a-t-il d'autres problèmes de santé non mentionnés ci-dessus pour lesquels vous avez présenté des signes ou des symptômes sans diagnostic à un moment quelconque au cours des 5 dernières années, que vous ayez consulté ou non un professionnel de santé ? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Si oui, veuillez fournir des détails à la page suivante.

⚠ Si vous avez répondu « oui » à l'une des questions 1 à 14 de la rubrique « Niveau 2 » de la page précédente, veuillez fournir des précisions.
Veillez fournir autant de détails que possible, notamment les dates (début et fin, ou précisez s'il s'agit d'un problème chronique), les quantités, la fréquence, le diagnostic, les examens et résultats associés, les scanners, les traitements reçus ou recommandés, ainsi que les coordonnées du médecin traitant, le cas échéant. Veuillez joindre les pièces justificatives disponibles, telles que les rapports médicaux ou les résultats d'examens.

Numéro de la question Numéro du demandeur

Diagnostic	Antécédents (c'est-à-dire depuis quand ou sur quelle période)	Traitement (suivi ou recommandé)	Date de début et de fin
Nom du médicament, durée du traitement, posologie ou quantité, fréquence	Coordonnées de l'hôpital et du médecin	Autres informations, le cas échéant	Veillez mentionner les rapports médicaux justificatifs joints

Numéro de la question Numéro du demandeur

Diagnostic	Antécédents (c'est-à-dire depuis quand ou sur quelle période)	Traitement (suivi ou recommandé)	Date de début et de fin
Nom du médicament, durée du traitement, posologie ou quantité, fréquence	Coordonnées de l'hôpital et du médecin	Autres informations, le cas échéant	Veillez mentionner les rapports médicaux justificatifs joints

Numéro de la question Numéro du demandeur

Diagnostic	Antécédents (c'est-à-dire depuis quand ou sur quelle période)	Traitement (suivi ou recommandé)	Date de début et de fin
Nom du médicament, durée du traitement, posologie ou quantité, fréquence	Coordonnées de l'hôpital et du médecin	Autres informations, le cas échéant	Veillez mentionner les rapports médicaux justificatifs joints

Si vous ne vous souvenez pas de vos antécédents médicaux ou si vous ne disposez pas des documents requis, vous pouvez vous adresser au médecin traitant et lui demander ce qui suit :

Veillez fournir un rapport médical décrivant le diagnostic exact, les résultats diagnostiques, y compris les rapports d'examens, les antécédents médicaux, l'état actuel, les traitements/thérapies actuels et passés, ainsi que le traitement prévu. Le demandeur peut également télécharger notre formulaire de rapport d'examen médical et le faire remplir par le médecin.

Numéro de la question <input type="text"/> Numéro du demandeur <input type="text"/>			
Diagnostic	Antécédents (c'est-à-dire depuis quand ou sur quelle période)	Traitement (suivi ou recommandé)	Date de début et de fin
Nom du médicament, durée du traitement, posologie ou quantité, fréquence	Coordonnées de l'hôpital et du médecin	Autres informations, le cas échéant	Veuillez mentionner les rapports médicaux justificatifs joints
Numéro de la question <input type="text"/> Numéro du demandeur <input type="text"/>			
Diagnostic	Antécédents (c'est-à-dire depuis quand ou sur quelle période)	Traitement (suivi ou recommandé)	Date de début et de fin
Nom du médicament, durée du traitement, posologie ou quantité, fréquence	Coordonnées de l'hôpital et du médecin	Autres informations, le cas échéant	Veuillez mentionner les rapports médicaux justificatifs joints
Numéro de la question <input type="text"/> Numéro du demandeur <input type="text"/>			
Diagnostic	Antécédents (c'est-à-dire depuis quand ou sur quelle période)	Traitement (suivi ou recommandé)	Date de début et de fin
Nom du médicament, durée du traitement, posologie ou quantité, fréquence	Coordonnées de l'hôpital et du médecin	Autres informations, le cas échéant	Veuillez mentionner les rapports médicaux justificatifs joints
Numéro de la question <input type="text"/> Numéro du demandeur <input type="text"/>			
Diagnostic	Antécédents (c'est-à-dire depuis quand ou sur quelle période)	Traitement (suivi ou recommandé)	Date de début et de fin
Nom du médicament, durée du traitement, posologie ou quantité, fréquence	Coordonnées de l'hôpital et du médecin	Autres informations, le cas échéant	Veuillez mentionner les rapports médicaux justificatifs joints

Si vous ne vous souvenez pas de vos antécédents médicaux ou si vous ne disposez pas des documents requis, vous pouvez vous adresser au médecin traitant et lui demander ce qui suit :

Veuillez fournir un rapport médical décrivant le diagnostic exact, les résultats diagnostiques, y compris les rapports d'examens, les antécédents médicaux, l'état actuel, les traitements/thérapies actuels et passés, ainsi que le traitement prévu. Le demandeur peut également télécharger notre formulaire de rapport d'examen médical et le faire remplir par le médecin.

Informations complémentaires et remarques :

F. Paiement des primes

Fréquence de paiement

- mensuelle trimestrielle semestrielle annuelle

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.

Levée du secret médical

En signant le présent Formulaire de Souscription, les demandeurs consentent à ce que des professionnels communiquent à Foyer Global Health S.A. des informations relatives à leur santé et à leur traitement.

Si les demandeurs ne donnent pas leur consentement, ils comprennent ce qui suit :

1. Les demandeurs devront décider, au cas par cas, s'ils consentent ou non à ce que les personnes ou institutions désignées transmettent des informations à Foyer Global Health S.A..
2. L'examen de leurs demandes d'indemnisation pourrait prendre plus de temps, les prestations pourraient être réduites, ou l'Assureur pourrait être déchargé de son obligation de verser des prestations si celle-ci ne peut être pleinement établie sur la base des sources d'information restantes.

Toutes les informations et tous les documents relatifs à la police seront envoyés :

- à l'adresse de correspondance du demandeur principal
 à l'intermédiaire d'assurance suivant, auquel les demandeurs donnent leur consentement pour les recevoir en leur nom :

À remplir par l'intermédiaire d'assurance :

L'intermédiaire est autorisé à agir en tant que mandataire des demandeurs, avec pour mandat de collecter et de recevoir, en leur nom et pour leur compte, toute information et documentation relative à la Police d'Assurance auprès de l'Assureur.

En répondant aux questions de ce formulaire, les demandeurs ont-ils fourni des informations qui n'ont pas été consignées dans le présent Formulaire de Souscription ?

Non Oui

Si oui, veuillez fournir des détails ci-dessous :

Marketing direct

- En signant ce Formulaire de Souscription, les demandeurs acceptent que des informations sur les offres spéciales de Foyer Global Health S.A. leur soient envoyées par courrier, par voie électronique et par téléphone. Ce consentement peut être révoqué à tout moment.

Toutes les personnes âgées de 18 ans et plus doivent signer. Pour les mineurs et les adultes incapables, le ou les représentants légaux autorisés doivent signer. Si le demandeur principal et le demandeur 1 sont la même personne, veuillez signer une seule fois.

Lieu et date

Signature du demandeur principal

Demandeur 1 (si différent du demandeur principal)

Demandeur 2

Demandeur 3

Demandeur 4

Nom et numéro de l'intermédiaire d'assurance

Nom et numéro du sous-intermédiaire 1

Signature de l'intermédiaire d'assurance

Nom et numéro du sous-intermédiaire 2

Veuillez renvoyer le Formulaire de Souscription dûment rempli par e-mail à sales@globalhealth.insurance