

Veuillez compléter ce formulaire en LETTRES CAPITALES

Si vous ajoutez un nouvel ayant droit, veuillez indiquer votre numéro de police actuel :

1 Informations sur le souscripteur

Veuillez fournir les informations sur toutes les personnes à assurer, comprenant l'assuré principal et tous les ayants droit. Ceux-ci correspondent au conjoint/partenaire et à tout enfant dépendant financièrement de l'assuré principal et âgé de moins de 18 ans, ou de moins de 24 ans s'il poursuit des études à temps plein. Veuillez joindre un certificat de scolarité pour l'enfant de plus de 18 ans. Seules les personnes de moins de 70 ans verront leur demande de souscription considérée.

Assuré principal

Vous devez nous prévenir de tout changement de vos coordonnées afin que vous receviez la correspondance qui vous est destinée.

M. M^{me} M^{lle} Autre _____ Prénom _____

Autres initiales _____ Nom _____

Date de naissance _____ Sexe : Masculin Féminin

Adresse de correspondance
(où vous êtes/serez établi durant la majorité de la période d'assurance)

Téléphone domicile _____

Téléphone bureau _____

Téléphone portable _____

Fax _____

Adresse email (obligatoire) _____

Profession _____

Pays d'origine _____
(Le pays pour lequel vous détenez un passeport en cours de validité et/ou vers lequel vous souhaiteriez être rapatrié)

Pays de résidence _____
(Le pays dans lequel vous passez/passerez la majorité de votre temps au cours de la période d'assurance)

Nationalité _____

Langue dans laquelle vous souhaitez recevoir vos documents contractuels : Français Anglais Allemand

Personne à contacter en cas de décès du souscripteur :

Nom _____

Adresse _____

Téléphone domicile _____

Téléphone portable _____

Adresse email _____

Assuré 2

M. M^{me} M^{lle} Autre Prénom

Nom

Date de naissance Sexe: Masculin Féminin

Lien de parenté avec l'assuré principal: Conjoint Enfant

Occupation

Pays d'origine
(Le pays pour lequel vous détenez un passeport en cours de validité et/ou vers lequel vous souhaiteriez être rapatrié)

Pays de résidence
(Le pays dans lequel vous passez/passerez la majorité de votre temps au cours de la période d'assurance)

Nationalité

Informations sur toute assurance santé actuelle nationale ou internationale :

S'il s'agit de l'époux ou épouse, indiquez son numéro de Sécurité Sociale

Veuillez indiquer si vous avez souscrit une police d'assurance santé auprès d'un assureur privé :

Nom de l'assureur

Numéro de police Date de début

Ayant droit 3

M. M^{me} M^{lle} Autre Prénom

Nom

Date de naissance Sexe: Masculin Féminin

Lien de parenté avec l'assuré principal: Conjoint Enfant

Occupation

Pays d'origine
(Le pays pour lequel vous détenez un passeport en cours de validité et/ou vers lequel vous souhaiteriez être rapatrié)

Pays de résidence
(Le pays dans lequel vous passez/passerez la majorité de votre temps au cours de la période d'assurance)

Nationalité

Informations sur toute assurance santé actuelle nationale ou internationale :

Nom de l'assureur

Numéro de police Date de début

Ayant droit 4

M. M^{me} M^{lle} Autre Prénom

Nom

Date de naissance Sexe: Masculin Féminin

Lien de parenté avec l'assuré principal: Conjoint Enfant

Occupation

Pays d'origine
(Le pays pour lequel vous détenez un passeport en cours de validité et/ou vers lequel vous souhaiteriez être rapatrié)

Pays de résidence
(Le pays dans lequel vous passez/passerez la majorité de votre temps au cours de la période d'assurance)

Nationalité

Informations sur toute assurance santé actuelle nationale ou internationale :

Nom de l'assureur

Numéro de police Date de début

Ayant droit 5

M. M^{me} M^{lle} Autre Prénom

Nom

Date de naissance Sexe : Masculin Féminin

Lien de parenté avec l'assuré principal : Conjoint Enfant

Occupation

Pays d'origine
(Le pays pour lequel vous détenez un passeport en cours de validité et/ou vers lequel vous souhaiteriez être rapatrié)

Pays de résidence
(Le pays dans lequel vous passez/passerez la majorité de votre temps au cours de la période d'assurance)

Nationalité

Informations sur toute assurance santé actuelle nationale ou internationale :

Nom de l'assureur

Numéro de police Date de début

S'il n'y a pas suffisamment d'espace pour tous les ayants droit, veuillez utiliser un autre bulletin d'adhésion.

2. Date de début de la police d'assurance

Veuillez indiquer la date à laquelle vous souhaitez commencer votre couverture

La couverture est sujette à l'acceptation de votre souscription et le paiement de la prime, ce qui sera confirmé par l'envoi du certificat d'assurance.

3. Détails de votre couverture

(Il n'est pas nécessaire de remplir cette section si vous joignez une police collective.)

A. Couverture médicale internationale

Merci de choisir la ou les couvertures et la franchise souhaitées :

Formule Hospitalisation	Formule Médecine Courante	Franchise (formule Médecine Courante)	Formule Maternité	Formule Dentaire
Premier Individual <input type="checkbox"/>	Gold Individual <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	Premier Maternity <input type="checkbox"/>	Dental 1 <input type="checkbox"/>
Club Individual <input type="checkbox"/>	Silver Individual <input type="checkbox"/>	100€/75 £/150 CHF/140 \$ <input type="checkbox"/>	Club Maternity <input type="checkbox"/>	Dental 2 <input type="checkbox"/>
Classic Individual <input type="checkbox"/>	Bronze Individual <input type="checkbox"/>	200€/150 £/300 CHF/280 \$ <input type="checkbox"/>		
Essential Individual <input type="checkbox"/>	Crystal Individual <input type="checkbox"/>			

Les formules Médecine Courante, Dentaires et Rapatriement ne peuvent être souscrites qu'en complément d'une formule Hospitalisation. La formule dentaire Dental 1 ne peut être souscrite qu'avec la formule Hospitalisation Premier Individual et la formule Médecine Courante Gold Individual.

La formule Premier Maternity ne peut être achetée qu'en complément de la formule Hospitalisation Premier Individual. La formule Club Maternity ne peut être achetée qu'en complément de la formule Hospitalisation Club Individual. Aussi, lorsqu'une formule Maternité est achetée, une formule Médecine Courante doit également être sélectionnée. Les formules Maternité sont disponibles pour les couples et les familles, c'est-à-dire que le conjoint ou partenaire doit aussi être couvert par la police d'assurance.

Veuillez noter que chaque formule sélectionnée s'appliquera à tous les membres de la police.

Vous ne pouvez changer de formule qu'au moment du renouvellement de la police. Si vous souhaitez étendre votre niveau de couverture, une souscription médicale complète et des délais de carence pourront s'appliquer, de même un montant de prime supplémentaire sera requis.

Veuillez reporter dans le tableau ci-dessous la zone géographique de couverture, le montant de la prime annuelle ainsi que la monnaie.

Zone géographique de couverture	Monde <input type="checkbox"/>	Monde à l'exception des États-Unis <input type="checkbox"/>	Afrique <input type="checkbox"/>
Prime annuelle couverture médicale internationale	<input type="text"/>	Monnaie	<input type="text"/>

B. Couverture Assistance et rapatriement

Cette couverture peut être souscrite avec la couverture principale de votre choix. Elle ne peut être souscrite séparément.

Monde entier	Prime annuelle
Individuel jusqu'à 70 ans inclus	■ CHF 138
Famille	■ CHF 212

C. Couverture décès et invalidité permanente accidentels

Cette couverture doit être souscrite avec une couverture médicale

- Capital décès : CHF 50'000
- Capital Invalidité permanente : CHF 150'000

Monde entier	Prime annuelle
Individuel jusqu'à 65 ans inclus	■ CHF 228

Bénéficiaires du capital décès

Assuré principal : Je désigne comme bénéficiaire(s) en cas de décès :

- Mon conjoint / partenaire, à défaut mes enfants à parts égales, à défaut mes héritiers à parts égales
- Autre bénéficiaire

Nom

Adresse de correspondance

Téléphone domicile INDICATIF PAYS INDICATIF REGIONAL

Téléphone portable INDICATIF PAYS PREFIX

Adresse email (obligatoire)

D. Couverture protection internationale

Cette couverture doit être souscrite avec une couverture médicale.

- Responsabilité civile privée monde entier (sauf USA et Canada) jusqu'à CHF 5'000'000 par évènement
- Protection juridique monde entier (sauf USA et Canada) jusqu'à CHF 360'000 en Europe et CHF 70'000 hors Europe

Monde entier (sauf USA et Canada)	Prime annuelle
Individuel jusqu'à 70 ans inclus	■ CHF 178
Famille	■ CHF 252

- Je déclare que :
- Je n'ai pas fait l'objet d'une poursuite en Suisse ou d'une procédure pénale lors des 5 dernières années.
 - Je n'ai pas subi plus de 5 sinistres dans les branches proposées durant les 5 dernières années.

E. Couverture rançon & kidnapping

Cette couverture peut être souscrite individuellement

Nous consulter pour un devis personnalisé au +41 (0) 21 637 36 53 ou à contact@sanoconcept-international.ch

Autorisation de paiement par carte de crédit

J'autorise Allianz Worldwide Care à débiter sur ma carte de crédit la prime de mon assurance santé (dont je serai informé après l'acceptation ou le renouvellement de ma police d'assurance ou bien suite à une demande de ma part affectant ma prime telle que l'ajout d'un ayant droit). Et cela tant que je n'aurai pas annulé cette autorisation par écrit auprès d'Allianz Worldwide Care. Il est entendu que je serai averti de toute modification de la prime dans un délai d'un mois avant sa mise en application.

J'autorise SANO Concept International à débiter sur ma carte de crédit la prime de mes assurances Score Expat (couvertures assistance rapatriement, protection internationale, décès et invalidité permanente accidentels) dont je serai informé après l'acceptation ou le renouvellement de mes polices d'assurance ou bien suite à une demande de ma part affectant ma prime telle que l'ajout d'un ayant droit. Et cela tant que je n'aurai pas annulé cette autorisation auprès de SANO Concept International. Il est entendu que je serai averti de toute modification de la prime dans un délai d'un mois avant sa mise en application.

Nom du titulaire de la carte

Signature du titulaire de la carte

Date

5. Pathologies préexistantes

Une pathologie préexistante est un problème de santé ou problème découlant de ce dernier dont un ou plusieurs symptômes sont apparus au cours des cinq années précédant le début de la couverture, qu'un traitement ou conseil médical ait été recherché ou non. Un problème de santé ou problème lié, dont vous ou vos ayants droit auraient raisonnablement pu connaître l'existence, sera considéré comme préexistant. Les pathologies préexistantes sont couvertes par la police d'assurance, sauf indication contraire écrite de notre part. Tout problème de santé survenant entre la signature du bulletin d'adhésion et la confirmation de la couverture par notre service de souscription sera également considéré comme préexistant. Il est donc nécessaire que vous nous informiez de tout changement matériel survenant entre le moment où vous nous envoyez votre bulletin d'adhésion et notre acceptation. Dans le présent formulaire et à notre demande, vous êtes dans l'obligation de nous fournir toutes les informations dont nous pourrions avoir besoin.

6. Déclaration d'état de santé

Veuillez remplir le questionnaire suivant en vous référant à l'ensemble de votre historique médical, à moins que cela ne soit indiqué autrement. Tous les éléments matériels (éléments permettant à l'assureur d'évaluer le risque et d'accepter la souscription), y compris ceux directement liés aux questions posées, doivent être communiqués à l'assureur. Ne pas les communiquer peut entraîner l'annulation du contrat. En cas de doute, l'élément doit être déclaré.

	Assuré principal	Ayant droit 1	Ayant droit 2	Ayant droit 3	Ayant droit 4
1. Quel(le) est votre taille/poids ?	<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	<input type="text"/> cm <input type="text"/> kg
2. Avez-vous consommé une forme quelconque de tabac au cours des 12 derniers mois ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Type	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Consommation quotidienne/quantité	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3. Combien d'unités d'alcool buvez-vous par semaine ? (1 mesure (4 cl) = 1 unité; 25 cl de bière = 1 unité; 1 verre de vin = 1 unité)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4. Souffrez-vous actuellement de maladies, des séquelles d'un accident, d'inaptitudes physiques ou mentales, de troubles psychiatriques, de problèmes médicaux ou dentaires chroniques ou de longue durée ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

5. Avez-vous déjà souffert de, avez-vous été à l'hôpital à cause de, ou avez-vous déjà reçu un traitement, test ou examen pour :
- a) Rhumatisme, goutte, arthrose ou maladie des muscles ou des articulations, y compris du dos ? Oui Non Oui Non Oui Non Oui Non Oui Non
- b) Epilepsie ou autres troubles neurologiques ? Oui Non Oui Non Oui Non Oui Non Oui Non
- c) Troubles digestifs, y compris troubles de l'estomac et/ou intestinaux ? Oui Non Oui Non Oui Non Oui Non Oui Non
- d) Anxiété, dépression, trouble mental ou psychiatrique ? Oui Non Oui Non Oui Non Oui Non Oui Non
- e) Problèmes gynécologiques ou de stérilité ? Oui Non Oui Non Oui Non Oui Non Oui Non
- f) Problèmes des reins, de la vessie, du foie/pancréas, y compris le diabète ? Oui Non Oui Non Oui Non Oui Non Oui Non
- g) Grosseur, kyste, grain de beauté ou cancer ? Oui Non Oui Non Oui Non Oui Non Oui Non
- h) Problèmes aux yeux, aux oreilles, au nez ou de peau ? Oui Non Oui Non Oui Non Oui Non Oui Non
- i) Problèmes cardiaques, attaque cardiaque ou augmentation de la tension artérielle/du cholestérol ? Oui Non Oui Non Oui Non Oui Non Oui Non
- j) Asthme, bronchite chronique ou tout autre problème respiratoire ? Oui Non Oui Non Oui Non Oui Non Oui Non
- k) Toute autre maladie ou blessure nécessitant une attention médicale (sauf rhumes et gripes) ? Oui Non Oui Non Oui Non Oui Non Oui Non
6. Vous a-t-on conseillé de consulter un médecin pour une maladie ou une douleur récurrente, d'effectuer des examens médicaux ou de suivre un traitement que vous n'avez pas terminé ou dont vous attendez les résultats ? Oui Non Oui Non Oui Non Oui Non Oui Non
7. Avez-vous déjà été testé positif pour le HIV, l'hépatite B ou C ? Oui Non Oui Non Oui Non Oui Non Oui Non
- Attendez-vous les résultats d'un tel test ? Oui Non Oui Non Oui Non Oui Non Oui Non
- Si le résultat est négatif, le fait d'avoir subi un test HIV en lui-même n'aura pas d'influence sur les termes de votre affiliation.
8. Avez-vous déjà souffert de ou été hospitalisé pour toute autre maladie ou accident qui aurait eu comme conséquence :
- a) Un traitement d'une durée supérieure à 14 jours ? Oui Non Oui Non Oui Non Oui Non Oui Non
- b) Un arrêt maladie de plus d'une semaine ? Oui Non Oui Non Oui Non Oui Non Oui Non
- c) Un traitement spécialisé ? Oui Non Oui Non Oui Non Oui Non Oui Non
9. Etes-vous enceinte ? Oui Non Oui Non Oui Non Oui Non Oui Non
- Si oui, indiquez la date d'accouchement prévue / / / / / / / / / /
10. Est-ce que l'un de vos parents, frères ou sœurs (y compris ceux décédés) auraient souffert, avant l'âge de 65 ans, de diabète, problèmes cardiaques, tension artérielle élevée, cancer, troubles rénaux, taux de cholestérol élevé, troubles nerveux tels que Alzheimer, Parkinson ou sclérose, troubles oculaires, d'audition, d'élocution ou tout autre antécédent familial ? Oui Non Oui Non Oui Non Oui Non Oui Non
11. Avez-vous effectué un test de dépistage du cancer ou des bilans de santé généraux au cours des cinq dernières années ? Oui Non Oui Non Oui Non Oui Non Oui Non

Informations complémentaires

Si vous avez répondu « Oui » à l'une des questions 4 à 11, veuillez fournir davantage de détails dans le tableau ci-dessous. Si les informations sont incomplètes, le traitement de votre demande d'adhésion pourrait être retardé. En cas de doute sur l'importance d'une information, vous devez nous la communiquer.

Nom	Numéro de la question	Si nécessaire, veuillez fournir la date du premier diagnostic/consultation, le nom et l'adresse du médecin traitant, la fréquence et la gravité des symptômes, la date de la dernière crise ainsi que les détails du traitement que vous avez suivi, suivez ou allez suivre

S'il n'y a pas suffisamment d'espace pour toutes les informations, veuillez utiliser un autre bulletin d'adhésion.

Veuillez indiquer le nom, l'adresse et le numéro de téléphone de votre médecin traitant :

M. M^{me} M^{lle} Autre Prénom

Nom

Adresse

Numéro de téléphone INDICATIF PAYS - INDICATIF REGIONAL -

Date de la dernière visite / /

Merci d'indiquer la date à laquelle vous êtes devenu patient de ce médecin / /

7. Déclaration dentaire

(A remplir uniquement si vous souscrivez une formule dentaire.)

	Assuré principal	Ayant droit 1	Ayant droit 2	Ayant droit 3	Ayant droit 4
a) Suivez-vous actuellement ou vous a-t-on conseillé de suivre un traitement ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
b) Vous manque-t-il des dents qui n'auraient pas été remplacées (à l'exception des dents de sagesse) ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Si oui, combien ?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
c) Avez-vous des prothèses (couronnes, inlays, implants bridges, plombages, etc.) ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Si oui, combien ?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
d) Souffrez-vous de parodontose ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
e) Avez-vous effectué des contrôles dentaires réguliers au cours des cinq dernières années ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Si oui, veuillez préciser :					
La date	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
Le résultat	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Si vous avez répondu « Oui » à la question a, veuillez compléter un questionnaire dentaire, qui peut être téléchargé sur notre site Internet www.allianzworldwidecare.com.

Veuillez indiquer le nom, l'adresse et le numéro de téléphone de votre dentiste traitant :

M. M^{me} M^{lle} Autre Prénom

Nom

Adresse

Numéro de téléphone INDICATIF PAYS - INDICATIF REGIONAL -

8. Législation sur la protection des données - collecte et utilisation d'informations à caractère personnel

Dans les déclarations présentes, les références aux informations incluent les données et informations à caractère personnel que vous nous avez transmises, que ce soit dans le bulletin d'adhésion, tout formulaire de demande de remboursement et/ou tout autre document complémentaire ou information que nous pourrions recueillir en lien avec un produit ou service que nous proposons. Allianz Worldwide Care, membre du groupe Allianz, est une compagnie d'assurances irlandaise (hors assurance-vie) et sera le responsable du traitement de ces données pour la couverture santé. SANO Concept International, membre du groupe SANO Concept sera responsable du traitement des données des couvertures assistance-rapatriement, décès et invalidité permanente accidentels, protection internationale pour le compte de Generali Assurances Générales SA, Fortuna et Europ Assistance.

Utilisation : Nous utilisons les informations que vous nous fournissez pour gérer le contrat d'assurance (cela inclut la souscription, l'administration de la police, le traitement des sinistres, la réassurance et la prévention des fraudes).

Données sensibles : Nous devons recueillir des données sensibles vous concernant (telles que des informations médicales) afin d'évaluer les termes de l'assurance que nous émettons/fixons ou pour gérer les sinistres qui surviennent.

Conservation : Nous ne conserverons pas vos données plus longtemps que nécessaire et uniquement pour les finalités pour lesquelles nous les avons obtenues.

Consentement : En nous fournissant ces informations, vous consentez à ce qu'elles soient utilisées, traitées, divulguées et conservées comme indiqué ci-dessus.

Représentation : Par votre signature, vous justifiez et déclarez que vous avez l'autorité pour agir au nom de vos ayants droit en ce qui concerne toutes les informations à caractère personnel que vous nous fournissez, que vous avez l'autorité de vos ayants droit pour divulguer ces informations à caractère personnel pour les finalités mentionnées ci-dessus et que vous consentez au traitement, à la divulgation, à l'utilisation et à la conservation des informations sur vos ayants droit en leur nom. Dans les déclarations présentes, toutes les références à « vous » ou « votre » seront considérées comme comprenant vous et vos ayants droit.

Accès : En accord avec la législation de la protection des données en vigueur, vous avez le droit de demander à recevoir une copie des données à caractère personnel vous concernant en notre possession. Si vous souhaitez exercer ce droit d'accès, vous devez adresser une requête écrite à l'attention du responsable de la protection des données à l'adresse suivante : Data Protection Officer, Allianz Worldwide Care, 18B Beckett Way, Park West Business Campus, Nangor Road, Dublin 12, Irlande, ou par email à : client.services@allianzworldwidecare.com. En application des lois relatives à la protection des données, vous devrez payer la somme de 6,35 € et le chèque devra être libellé à l'ordre d'Allianz Worldwide Care ou SANO Concept pour le compte des autres compagnies d'assurance.

9. Déclaration

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

- a) Je déclare que toutes les informations fournies sont exactes et complètes, y compris celles rédigées par un tiers. Je déclare qu'aucun élément matériel n'a été omis, déformé ou formulé incorrectement. J'accepte que ce bulletin d'adhésion soit la base du contrat entre Allianz Worldwide Care, SANO Concept pour le compte de Generali Assurance Générales SA, Fortuna et Europ Assistance et moi-même et je reconnais que toute déclaration fautive, incorrecte ou trompeuse peut rendre cette assurance nulle et non avenue.
- b) Je m'engage à informer immédiatement Allianz Worldwide Care par écrit de tout changement concernant mon état de santé ou celui de mes ayants droit survenant après la signature du bulletin d'adhésion et avant la date de début de ma police.
- d) Il est de ma responsabilité de vérifier l'exactitude des informations figurant sur le certificat d'assurance. Si elles ne concordent pas avec le bulletin d'adhésion, elles seront considérées comme acceptées dès lors que je ne les aurai pas contestées dans les 30 jours suivant l'émission dudit certificat de santé et 4 semaines pour les autres certificats.
- e) J'autorise Allianz Worldwide Care à contrôler, si nécessaire, les déclarations concernant mon état de santé et à vérifier auprès d'autres assureurs santé toutes les déclarations effectuées pour le compte de contrats antérieurs ou actuels. J'autorise les praticiens, médecins, dentistes, membres de la profession médicale, employés des hôpitaux et des services de santé publique à communiquer mes dossiers médicaux à Allianz Worldwide Care. Cette autorisation vaut également pour mes ayants droit assurés, y compris ceux qui ne sont pas en mesure de comprendre le sens de cette déclaration. J'autorise les compagnies Generali, Fortuna, Europ Assistance et SANO Concept à traiter les données qui sont indispensables pour l'examen et la gestion du contrat.
- f) J'accepte le fait que cette police d'assurance sera soumise aux conditions générales standard en vigueur au commencement de la police et détaillées dans les « conditions générales pour contrats individuels ». Je confirme que j'ai bien lu et pris connaissance de toutes les définitions, garanties, exclusions et conditions de la police y compris des informations sur les pathologies préexistantes.
- g) Je confirme expressément avoir obtenu les documents et leurs explications par l'intermédiaire d'assurance :
 - . Information à la clientèle (art. 3 de la loi sur le contrat d'assurance)
 - . Conditions générales d'assurance (CGA) et conditions complémentaires
 - . Document d'information (art. 45 de la loi sur la surveillance des assurances)

En tant qu'assuré principal, je signe cette déclaration et ce bulletin d'adhésion pour le compte de et au nom de toutes les personnes incluses dans ce formulaire.

Signature de l'assuré principal

Date

jjjj mm aa

Note interne - nom et cachet de l'agent

Merci de retourner votre formulaire dûment complété par (au choix) :

. Email, après avoir scanné le document : contact@sanoconcept-international.ch

(Merci de nous envoyer le formulaire original par courrier)

. Fax : +41 (0) 21 636 48 93

. Courrier postal : SANO Concept International, Service Adhésions, Avenue de Tivoli 19 bis, 1000 Lausanne 16, Switzerland

Service d'assistance téléphonique : +41 (0) 21 637 36 53 du lundi au vendredi de 8h30 à 17h30