

Tarifs €uro applicables en 2010

1. TARIFS ANNUELS AU « 1^{er} EURO »

1.1. Consultations externes à 100%

EURO	PRIMES <u>AVEC</u> L'OPTION MATERNITE			PRIMES <u>SANS</u> L'OPTION MATERNITE		
	Monde entier Incluant les USA	Monde excluant USA résidents Chine/ Hong- Kong	Autres pays	Monde entier Incluant les USA	Monde excluant USA résidents Chine/ Hong- Kong	Autres pays
Zone						
Age						
Ind. 0 à 10	1 840,00	1 251,00	1 005,00	1 674,00	1 139,00	915,00
Ind. 10 à 20	1 942,00	1 321,00	1 061,00	1 767,00	1 202,00	966,00
Ind. 21 à 25	2 578,00	1 743,00	1 412,00	2 346,00	1 587,00	1 285,00
Ind. 26 à 30	2 721,00	1 840,00	1 490,00	2 476,00	1 675,00	1 356,00
Ind. 31 à 35	3 316,00	2 246,00	1 808,00	3 017,00	2 044,00	1 645,00
Ind. 36 à 40	3 500,00	2 371,00	1 908,00	3 185,00	2 158,00	1 736,00
Ind. 41 à 45	4 204,00	3 123,00	2 503,00	3 825,00	2 842,00	2 278,00
Ind. 46 à 50	4 437,00	3 297,00	2 642,00	4 038,00	3 000,00	2 404,00
Ind. 51 à 55	6 696,00	4 535,00	3 637,00	6 093,00	4 127,00	3 309,00
Ind. 56 à 60	7 068,00	4 787,00	3 839,00	6 432,00	4 356,00	3 493,00
Ind. 61 à 65	12 182,00	8 616,00	6 893,00	11 085,00	7 841,00	6 273,00
Ind. 66 à 70	16 080,00	11 373,00	9 099,00	14 632,00	10 350,00	8 280,00

1.2. Consultations externes à 90%

EURO	PRIMES <u>AVEC</u> L'OPTION MATERNITE			PRIMES <u>SANS</u> L'OPTION MATERNITE		
	Monde entier Incluant les USA	Monde excluant USA résidents Chine/ Hong- Kong	Autres pays	Monde entier Incluant les USA	Monde excluant USA résidents Chine/ Hong- Kong	Autres pays
Zone						
Age						
Ind. 0 à 10	1 594,00	1 123,00	898,00	1 450,00	1 022,00	818,00
Ind. 10 à 20	1 682,00	1 185,00	948,00	1 531,00	1 079,00	863,00
Ind. 21 à 25	2 129,00	1 487,00	1 198,00	1 937,00	1 353,00	1 090,00
Ind. 26 à 30	2 247,00	1 569,00	1 265,00	2 045,00	1 428,00	1 151,00
Ind. 31 à 35	2 674,00	1 872,00	1 508,00	2 433,00	1 703,00	1 372,00
Ind. 36 à 40	2 823,00	1 976,00	1 592,00	2 569,00	1 798,00	1 449,00
Ind. 41 à 45	3 401,00	2 588,00	2 086,00	3 095,00	2 356,00	1 898,00
Ind. 46 à 50	3 590,00	2 732,00	2 202,00	3 267,00	2 486,00	2 003,00
Ind. 51 à 55	5 412,00	3 765,00	3 016,00	4 925,00	3 426,00	2 745,00
Ind. 56 à 60	5 713,00	3 974,00	3 184,00	5 199,00	3 617,00	2 897,00
Ind. 61 à 65	10 126,00	7 143,00	5 728,00	9 214,00	6 500,00	5 213,00
Ind. 66 à 70	13 366,00	9 429,00	7 561,00	12 162,00	8 580,00	6 881,00

1.3. Consultations externes à 80%

EURO	PRIMES <u>AVEC</u> L'OPTION MATERNITE			PRIMES <u>SANS</u> L'OPTION MATERNITE		
	Monde entier Incluant les USA	Monde excluant USA résidents Chine/ Hong- Kong	Autres pays	Monde entier Incluant les USA	Monde excluant USA résidents Chine/ Hong- Kong	Autres pays
Zone						
Age						
Ind. 0 à 10	1 316,00	866,00	706,00	1 197,00	788,00	642,00
Ind. 10 à 20	1 389,00	915,00	745,00	1 264,00	832,00	678,00
Ind. 21 à 25	1 722,00	1 080,00	920,00	1 567,00	983,00	837,00
Ind. 26 à 30	1 818,00	1 140,00	971,00	1 654,00	1 038,00	884,00
Ind. 31 à 35	2 161,00	1 358,00	1 155,00	1 966,00	1 236,00	1 051,00
Ind. 36 à 40	2 281,00	1 434,00	1 219,00	2 075,00	1 305,00	1 110,00
Ind. 41 à 45	2 749,00	1 883,00	1 594,00	2 502,00	1 713,00	1 450,00
Ind. 46 à 50	2 902,00	1 987,00	1 682,00	2 640,00	1 808,00	1 531,00
Ind. 51 à 55	4 353,00	2 717,00	2 289,00	3 962,00	2 472,00	2 083,00
Ind. 56 à 60	4 595,00	2 868,00	2 416,00	4 182,00	2 610,00	2 199,00
Ind. 61 à 65	6 552,00	4 063,00	3 440,00	5 962,00	3 697,00	3 131,00
Ind. 66 à 70	8 649,00	5 363,00	4 541,00	7 870,00	4 880,00	4 133,00

2. TARIFS ANNUELS EN COMPLEMENT DE LA CFE ou DE L'OSSOM (DOZ)

2.1. Consultations externes à 100%

Zone Age	PRIMES <u>AVEC</u> L'OPTION MATERNITE			PRIMES <u>SANS</u> L'OPTION MATERNITE		
	Monde entier Incluant les USA	Monde excluant USA résidents Chine/ Hong- Kong	Autres pays	Monde entier Incluant les USA	Monde excluant USA résidents Chine/ Hong- Kong	Autres pays
Ind. 0 à 10	1 354,00	747,00	542,00	1 232,00	680,00	493,00
Ind. 10 à 20	1 429,00	789,00	572,00	1 301,00	718,00	521,00
Ind. 21 à 25	1 904,00	1 050,00	766,00	1 733,00	955,00	697,00
Ind. 26 à 30	2 010,00	1 108,00	808,00	1 829,00	1 008,00	736,00
Ind. 31 à 35	2 423,00	1 332,00	957,00	2 205,00	1 212,00	871,00
Ind. 36 à 40	2 557,00	1 406,00	1 010,00	2 327,00	1 279,00	919,00
Ind. 41 à 45	3 376,00	1 846,00	1 334,00	3 072,00	1 680,00	1 214,00
Ind. 46 à 50	3 564,00	1 949,00	1 408,00	3 243,00	1 773,00	1 281,00
Ind. 51 à 55	4 913,00	2 687,00	1 915,00	4 471,00	2 445,00	1 742,00
Ind. 56 à 60	5 186,00	2 836,00	2 021,00	4 719,00	2 581,00	1 839,00
Ind. 61 à 65	8 902,00	5 103,00	3 631,00	8 100,00	4 644,00	3 304,00
Ind. 66 à 70	11 751,00	6 736,00	4 793,00	10 692,00	6 130,00	4 361,00

2.2. Consultations externes à 90%

Zone Age	PRIMES <u>AVEC</u> L'OPTION MATERNITE			PRIMES <u>SANS</u> L'OPTION MATERNITE		
	Monde entier Incluant les USA	Monde excluant USA résidents Chine/ Hong- Kong	Autres pays	Monde entier Incluant les USA	Monde excluant USA résidents Chine/ Hong- Kong	Autres pays
Ind. 0 à 10	1 160,00	677,00	494,00	1 056,00	616,00	450,00
Ind. 10 à 20	1 224,00	714,00	522,00	1 114,00	650,00	475,00
Ind. 21 à 25	1 550,00	887,00	637,00	1 411,00	807,00	580,00
Ind. 26 à 30	1 637,00	937,00	673,00	1 489,00	852,00	612,00
Ind. 31 à 35	1 931,00	1 110,00	803,00	1 757,00	1 010,00	730,00
Ind. 36 à 40	2 038,00	1 171,00	847,00	1 855,00	1 066,00	771,00
Ind. 41 à 45	2 673,00	1 531,00	1 088,00	2 432,00	1 393,00	990,00
Ind. 46 à 50	2 821,00	1 616,00	1 149,00	2 568,00	1 470,00	1 045,00
Ind. 51 à 55	3 918,00	2 188,00	1 573,00	3 565,00	1 991,00	1 432,00
Ind. 56 à 60	4 136,00	2 310,00	1 661,00	3 763,00	2 102,00	1 511,00
Ind. 61 à 65	7 290,00	4 146,00	2 976,00	6 634,00	3 773,00	2 708,00
Ind. 66 à 70	9 623,00	5 473,00	3 928,00	8 757,00	4 980,00	3 575,00

2.3. Consultations externes à 80%

Zone Age	PRIMES <u>AVEC</u> L'OPTION MATERNITE			PRIMES <u>SANS</u> L'OPTION MATERNITE		
	Monde entier Incluant les USA	Monde excluant USA résidents Chine/ Hong- Kong	Autres pays	Monde entier Incluant les USA	Monde excluant USA résidents Chine/ Hong- Kong	Autres pays
Ind. 0 à 10	879,00	514,00	431,00	800,00	468,00	392,00
Ind. 10 à 20	928,00	543,00	455,00	844,00	494,00	414,00
Ind. 21 à 25	1 166,00	674,00	549,00	1 061,00	614,00	499,00
Ind. 26 à 30	1 231,00	712,00	579,00	1 120,00	648,00	527,00
Ind. 31 à 35	1 445,00	849,00	667,00	1 315,00	772,00	607,00
Ind. 36 à 40	1 525,00	896,00	705,00	1 388,00	815,00	641,00
Ind. 41 à 45	1 999,00	1 132,00	903,00	1 819,00	1 030,00	822,00
Ind. 46 à 50	2 110,00	1 195,00	953,00	1 920,00	1 087,00	868,00
Ind. 51 à 55	2 892,00	1 633,00	1 291,00	2 631,00	1 486,00	1 175,00
Ind. 56 à 60	3 052,00	1 724,00	1 363,00	2 778,00	1 569,00	1 240,00
Ind. 61 à 65	4 355,00	2 446,00	1 933,00	3 963,00	2 226,00	1 759,00
Ind. 66 à 70	5 749,00	3 229,00	2 552,00	5 231,00	2 938,00	2 322,00

3. OPTION ASSISTANCE RAPATRIEMENT

Par membre (de 0 à 70 ans) 60,00

1. Choisissez une police d'assurance dite au « 1^{er} Euro » ou en Complément de la Caisse des Français de l'Etranger, le niveau de remboursement des consultations externes entre 100%, 90% et 80%, et enfin la zone de couverture en fonction du pays de résidence de l'Assuré principal (pays dans lequel il séjourne plus de 6 mois dans l'année). Cette zone de couverture s'applique à toutes les personnes à charge. Une tarification spécifique s'applique pour les résidents en Chine / Hong Kong.

2. En fonction de ces critères, le tarif applicable est défini en fonction de l'âge de chaque membre à assurer.

3. Cette offre peut être sujette à des taxes locales, qui ne pourront s'appliquer qu'au moment de la facturation. Ce document n'est pas une facture.

Tarifs US\$ applicables en 2010

1. TARIFS ANNUELS AU « 1^{er} US\$ »

1.1. Consultations externes à 100%

USD

Zone Age	PRIMES AVEC L'OPTION MATERNITE			PRIMES SANS L'OPTION MATERNITE		
	Monde entier Incluant les USA	Monde excluant USA résidents Chine/ Hong- Kong	Autres pays	Monde entier Incluant les USA	Monde excluant USA résidents Chine/ Hong- Kong	Autres pays
Ind. 0 à 10	2 465,00	1 676,00	1 347,00	2 243,00	1 526,00	1 226,00
Ind. 10 à 20	2 602,00	1 770,00	1 422,00	2 368,00	1 611,00	1 294,00
Ind. 21 à 25	3 454,00	2 335,00	1 892,00	3 143,00	2 126,00	1 722,00
Ind. 26 à 30	3 646,00	2 465,00	1 996,00	3 318,00	2 244,00	1 817,00
Ind. 31 à 35	4 443,00	3 009,00	2 423,00	4 043,00	2 739,00	2 204,00
Ind. 36 à 40	4 690,00	3 177,00	2 557,00	4 268,00	2 892,00	2 326,00
Ind. 41 à 45	5 633,00	4 185,00	3 354,00	5 125,00	3 808,00	3 052,00
Ind. 46 à 50	5 945,00	4 418,00	3 540,00	5 411,00	4 020,00	3 221,00
Ind. 51 à 55	8 972,00	6 077,00	4 873,00	8 164,00	5 530,00	4 434,00
Ind. 56 à 60	9 471,00	6 414,00	5 144,00	8 618,00	5 837,00	4 680,00
Ind. 61 à 65	16 323,00	11 545,00	9 236,00	14 853,00	10 506,00	8 405,00
Ind. 66 à 70	21 546,00	15 239,00	12 192,00	19 606,00	13 868,00	11 095,00

1.2. Consultations externes à 90%

USD

Zone Age	PRIMES AVEC L'OPTION MATERNITE			PRIMES SANS L'OPTION MATERNITE		
	Monde entier Incluant les USA	Monde excluant USA résidents Chine/ Hong- Kong	Autres pays	Monde entier Incluant les USA	Monde excluant USA résidents Chine/ Hong- Kong	Autres pays
Ind. 0 à 10	2 136,00	1 505,00	1 203,00	1 943,00	1 369,00	1 096,00
Ind. 10 à 20	2 254,00	1 588,00	1 270,00	2 051,00	1 446,00	1 156,00
Ind. 21 à 25	2 853,00	1 992,00	1 605,00	2 595,00	1 813,00	1 461,00
Ind. 26 à 30	3 011,00	2 102,00	1 695,00	2 740,00	1 913,00	1 542,00
Ind. 31 à 35	3 583,00	2 508,00	2 021,00	3 260,00	2 282,00	1 838,00
Ind. 36 à 40	3 783,00	2 648,00	2 133,00	3 442,00	2 409,00	1 942,00
Ind. 41 à 45	4 557,00	3 468,00	2 795,00	4 147,00	3 157,00	2 543,00
Ind. 46 à 50	4 810,00	3 661,00	2 951,00	4 378,00	3 331,00	2 684,00
Ind. 51 à 55	7 252,00	5 045,00	4 041,00	6 599,00	4 591,00	3 678,00
Ind. 56 à 60	7 655,00	5 325,00	4 266,00	6 966,00	4 847,00	3 882,00
Ind. 61 à 65	13 568,00	9 571,00	7 675,00	12 346,00	8 710,00	6 985,00
Ind. 66 à 70	17 910,00	12 634,00	10 131,00	16 296,00	11 497,00	9 220,00

1.3. Consultations externes à 80%

USD

Zone Age	PRIMES AVEC L'OPTION MATERNITE			PRIMES SANS L'OPTION MATERNITE		
	Monde entier Incluant les USA	Monde excluant USA résidents Chine/ Hong- Kong	Autres pays	Monde entier Incluant les USA	Monde excluant USA résidents Chine/ Hong- Kong	Autres pays
Ind. 0 à 10	1 763,00	1 160,00	946,00	1 604,00	1 056,00	860,00
Ind. 10 à 20	1 861,00	1 226,00	998,00	1 694,00	1 115,00	908,00
Ind. 21 à 25	2 307,00	1 447,00	1 233,00	2 100,00	1 317,00	1 122,00
Ind. 26 à 30	2 436,00	1 528,00	1 301,00	2 216,00	1 391,00	1 184,00
Ind. 31 à 35	2 896,00	1 820,00	1 548,00	2 634,00	1 656,00	1 408,00
Ind. 36 à 40	3 056,00	1 921,00	1 633,00	2 780,00	1 749,00	1 487,00
Ind. 41 à 45	3 683,00	2 523,00	2 136,00	3 353,00	2 295,00	1 943,00
Ind. 46 à 50	3 888,00	2 662,00	2 254,00	3 537,00	2 423,00	2 051,00
Ind. 51 à 55	5 833,00	3 641,00	3 067,00	5 309,00	3 312,00	2 791,00
Ind. 56 à 60	6 157,00	3 843,00	3 237,00	5 604,00	3 497,00	2 947,00
Ind. 61 à 65	8 779,00	5 444,00	4 609,00	7 989,00	4 954,00	4 195,00
Ind. 66 à 70	11 589,00	7 186,00	6 085,00	10 545,00	6 539,00	5 538,00

2. TARIFS ANNUELS EN COMPLEMENT DE LA CFE ou DE L'OSSOM (DOZ)

2.1. Consultations externes à 100%

Zone Age	PRIMES <u>AVEC</u> L'OPTION MATERNITE			PRIMES <u>SANS</u> L'OPTION MATERNITE		
	Monde entier Incluant les USA	Monde excluant USA résidents Chine/ Hong- Kong	Autres pays	Monde entier Incluant les USA	Monde excluant USA résidents Chine/ Hong- Kong	Autres pays
Ind. 0 à 10	1 814,00	1 001,00	726,00	1 651,00	911,00	661,00
Ind. 10 à 20	1 915,00	1 057,00	766,00	1 743,00	962,00	698,00
Ind. 21 à 25	2 551,00	1 407,00	1 026,00	2 322,00	1 280,00	934,00
Ind. 26 à 30	2 693,00	1 485,00	1 083,00	2 451,00	1 351,00	986,00
Ind. 31 à 35	3 247,00	1 785,00	1 282,00	2 955,00	1 624,00	1 167,00
Ind. 36 à 40	3 426,00	1 884,00	1 353,00	3 118,00	1 714,00	1 231,00
Ind. 41 à 45	4 524,00	2 474,00	1 787,00	4 116,00	2 251,00	1 627,00
Ind. 46 à 50	4 776,00	2 612,00	1 887,00	4 345,00	2 376,00	1 716,00
Ind. 51 à 55	6 583,00	3 600,00	2 566,00	5 991,00	3 276,00	2 334,00
Ind. 56 à 60	6 949,00	3 800,00	2 708,00	6 323,00	3 458,00	2 464,00
Ind. 61 à 65	11 928,00	6 838,00	4 865,00	10 853,00	6 223,00	4 427,00
Ind. 66 à 70	15 746,00	9 026,00	6 422,00	14 327,00	8 214,00	5 843,00

2.2. Consultations externes à 90%

Zone Age	PRIMES <u>AVEC</u> L'OPTION MATERNITE			PRIMES <u>SANS</u> L'OPTION MATERNITE		
	Monde entier Incluant les USA	Monde excluant USA résidents Chine/ Hong- Kong	Autres pays	Monde entier Incluant les USA	Monde excluant USA résidents Chine/ Hong- Kong	Autres pays
Ind. 0 à 10	1 554,00	907,00	662,00	1 415,00	825,00	603,00
Ind. 10 à 20	1 640,00	957,00	699,00	1 493,00	871,00	636,00
Ind. 21 à 25	2 077,00	1 189,00	854,00	1 891,00	1 081,00	777,00
Ind. 26 à 30	2 193,00	1 256,00	902,00	1 995,00	1 142,00	820,00
Ind. 31 à 35	2 587,00	1 487,00	1 076,00	2 354,00	1 353,00	978,00
Ind. 36 à 40	2 731,00	1 569,00	1 135,00	2 486,00	1 428,00	1 033,00
Ind. 41 à 45	3 582,00	2 051,00	1 458,00	3 259,00	1 867,00	1 327,00
Ind. 46 à 50	3 780,00	2 165,00	1 540,00	3 441,00	1 970,00	1 400,00
Ind. 51 à 55	5 250,00	2 932,00	2 108,00	4 777,00	2 668,00	1 919,00
Ind. 56 à 60	5 542,00	3 095,00	2 226,00	5 042,00	2 817,00	2 025,00
Ind. 61 à 65	9 768,00	5 555,00	3 988,00	8 889,00	5 056,00	3 629,00
Ind. 66 à 70	12 894,00	7 333,00	5 263,00	11 734,00	6 673,00	4 790,00

2.3. Consultations externes à 80%

Zone Age	PRIMES <u>AVEC</u> L'OPTION MATERNITE			PRIMES <u>SANS</u> L'OPTION MATERNITE		
	Monde entier Incluant les USA	Monde excluant USA résidents Chine/ Hong- Kong	Autres pays	Monde entier Incluant les USA	Monde excluant USA résidents Chine/ Hong- Kong	Autres pays
Ind. 0 à 10	1 178,00	689,00	578,00	1 072,00	627,00	525,00
Ind. 10 à 20	1 243,00	728,00	610,00	1 131,00	662,00	555,00
Ind. 21 à 25	1 562,00	903,00	736,00	1 422,00	823,00	669,00
Ind. 26 à 30	1 649,00	954,00	776,00	1 501,00	868,00	706,00
Ind. 31 à 35	1 936,00	1 138,00	894,00	1 762,00	1 034,00	813,00
Ind. 36 à 40	2 043,00	1 201,00	945,00	1 860,00	1 092,00	859,00
Ind. 41 à 45	2 679,00	1 517,00	1 210,00	2 437,00	1 380,00	1 101,00
Ind. 46 à 50	2 827,00	1 601,00	1 277,00	2 573,00	1 457,00	1 163,00
Ind. 51 à 55	3 875,00	2 188,00	1 730,00	3 525,00	1 991,00	1 574,00
Ind. 56 à 60	4 089,00	2 310,00	1 826,00	3 722,00	2 102,00	1 662,00
Ind. 61 à 65	5 835,00	3 277,00	2 590,00	5 310,00	2 983,00	2 357,00
Ind. 66 à 70	7 703,00	4 327,00	3 420,00	7 009,00	3 937,00	3 111,00

3. OPTION ASSISTANCE RAPATRIEMENT

Par membre (de 0 à 70 ans) 80,00

1. Choisissez une police d'assurance dite au « 1^{er} Euro » ou en Complément de la Caisse des Français de l'Etranger, le niveau de remboursement des consultations externes entre 100%, 90% et 80%, et enfin la zone de couverture en fonction du pays de résidence de l'Assuré principal (pays dans lequel il séjourne plus de 6 mois dans l'année). Cette zone de couverture s'applique à toutes les personnes à charge. Une tarification spécifique s'applique pour les résidents en Chine / Hong Kong.

2. En fonction de ces critères, le tarif applicable est défini en fonction de l'âge de chaque membre à assurer.

3. Cette offre peut être sujette à des taxes locales, qui ne pourront s'appliquer qu'au moment de la facturation. Ce document n'est pas une facture.

Tarifs GB£ applicables en 2010

1. TARIFS ANNUELS AU « 1^{er} GB£ »

1.1. Consultations externes à 100%

Zone Age	PRIMES AVEC L'OPTION MATERNITE			PRIMES SANS L'OPTION MATERNITE		
	Monde entier Incluant les USA	Monde excluant USA résidents Chine/ Hong- Kong	Autres pays	Monde entier Incluant les USA	Monde excluant USA résidents Chine/ Hong- Kong	Autres pays
Ind. 0 à 10	1 325,00	901,00	724,00	1 205,00	820,00	659,00
Ind. 10 à 20	1 398,00	951,00	764,00	1 272,00	865,00	695,00
Ind. 21 à 25	1 856,00	1 255,00	1 017,00	1 689,00	1 143,00	925,00
Ind. 26 à 30	1 959,00	1 325,00	1 073,00	1 783,00	1 206,00	976,00
Ind. 31 à 35	2 387,00	1 617,00	1 302,00	2 172,00	1 472,00	1 184,00
Ind. 36 à 40	2 520,00	1 707,00	1 374,00	2 293,00	1 554,00	1 250,00
Ind. 41 à 45	3 027,00	2 248,00	1 802,00	2 754,00	2 046,00	1 640,00
Ind. 46 à 50	3 194,00	2 374,00	1 902,00	2 907,00	2 160,00	1 731,00
Ind. 51 à 55	4 821,00	3 265,00	2 618,00	4 387,00	2 971,00	2 382,00
Ind. 56 à 60	5 089,00	3 446,00	2 764,00	4 631,00	3 136,00	2 515,00
Ind. 61 à 65	8 770,00	6 203,00	4 963,00	7 981,00	5 645,00	4 516,00
Ind. 66 à 70	11 577,00	8 188,00	6 551,00	10 534,00	7 451,00	5 961,00

1.2. Consultations externes à 90%

Zone Age	PRIMES AVEC L'OPTION MATERNITE			PRIMES SANS L'OPTION MATERNITE		
	Monde entier Incluant les USA	Monde excluant USA résidents Chine/ Hong- Kong	Autres pays	Monde entier Incluant les USA	Monde excluant USA résidents Chine/ Hong- Kong	Autres pays
Ind. 0 à 10	1 148,00	808,00	647,00	1 044,00	736,00	589,00
Ind. 10 à 20	1 211,00	853,00	683,00	1 102,00	777,00	621,00
Ind. 21 à 25	1 533,00	1 071,00	862,00	1 395,00	974,00	785,00
Ind. 26 à 30	1 618,00	1 130,00	911,00	1 472,00	1 028,00	829,00
Ind. 31 à 35	1 925,00	1 348,00	1 086,00	1 752,00	1 226,00	988,00
Ind. 36 à 40	2 032,00	1 423,00	1 146,00	1 850,00	1 294,00	1 043,00
Ind. 41 à 45	2 449,00	1 863,00	1 502,00	2 228,00	1 696,00	1 366,00
Ind. 46 à 50	2 585,00	1 967,00	1 585,00	2 352,00	1 790,00	1 442,00
Ind. 51 à 55	3 896,00	2 711,00	2 171,00	3 546,00	2 467,00	1 976,00
Ind. 56 à 60	4 113,00	2 861,00	2 292,00	3 743,00	2 604,00	2 086,00
Ind. 61 à 65	7 290,00	5 143,00	4 124,00	6 634,00	4 680,00	3 753,00
Ind. 66 à 70	9 623,00	6 788,00	5 443,00	8 756,00	6 177,00	4 954,00

1.3. Consultations externes à 80%

Zone Age	PRIMES AVEC L'OPTION MATERNITE			PRIMES SANS L'OPTION MATERNITE		
	Monde entier Incluant les USA	Monde excluant USA résidents Chine/ Hong- Kong	Autres pays	Monde entier Incluant les USA	Monde excluant USA résidents Chine/ Hong- Kong	Autres pays
Ind. 0 à 10	947,00	623,00	508,00	862,00	567,00	462,00
Ind. 10 à 20	1 000,00	659,00	536,00	910,00	599,00	488,00
Ind. 21 à 25	1 240,00	778,00	662,00	1 128,00	708,00	603,00
Ind. 26 à 30	1 309,00	821,00	699,00	1 191,00	747,00	636,00
Ind. 31 à 35	1 556,00	978,00	832,00	1 415,00	890,00	757,00
Ind. 36 à 40	1 642,00	1 032,00	878,00	1 494,00	940,00	799,00
Ind. 41 à 45	1 979,00	1 356,00	1 148,00	1 801,00	1 233,00	1 044,00
Ind. 46 à 50	2 089,00	1 431,00	1 211,00	1 901,00	1 302,00	1 102,00
Ind. 51 à 55	3 134,00	1 956,00	1 648,00	2 852,00	1 780,00	1 500,00
Ind. 56 à 60	3 308,00	2 065,00	1 739,00	3 011,00	1 879,00	1 583,00
Ind. 61 à 65	4 717,00	2 925,00	2 477,00	4 292,00	2 662,00	2 254,00
Ind. 66 à 70	6 227,00	3 861,00	3 269,00	5 666,00	3 513,00	2 976,00

2. TARIFS ANNUELS EN COMPLEMENT DE LA CFE ou DE L'OSSOM (DOZ)

2.1. Consultations externes à 100%

Zone Age	PRIMES <u>AVEC</u> L'OPTION MATERNITE			PRIMES <u>SANS</u> L'OPTION MATERNITE		
	Monde entier Incluant les USA	Monde excluant USA résidents Chine/ Hong- Kong	Autres pays	Monde entier Incluant les USA	Monde excluant USA résidents Chine/ Hong- Kong	Autres pays
Ind. 0 à 10	975,00	538,00	390,00	887,00	490,00	355,00
Ind. 10 à 20	1 029,00	568,00	412,00	937,00	517,00	375,00
Ind. 21 à 25	1 371,00	756,00	551,00	1 248,00	688,00	502,00
Ind. 26 à 30	1 447,00	798,00	582,00	1 317,00	726,00	530,00
Ind. 31 à 35	1 744,00	959,00	689,00	1 587,00	873,00	627,00
Ind. 36 à 40	1 841,00	1 012,00	727,00	1 675,00	921,00	662,00
Ind. 41 à 45	2 431,00	1 329,00	960,00	2 212,00	1 209,00	874,00
Ind. 46 à 50	2 566,00	1 403,00	1 014,00	2 335,00	1 276,00	922,00
Ind. 51 à 55	3 537,00	1 934,00	1 379,00	3 219,00	1 760,00	1 254,00
Ind. 56 à 60	3 734,00	2 042,00	1 455,00	3 397,00	1 858,00	1 324,00
Ind. 61 à 65	6 409,00	3 674,00	2 614,00	5 832,00	3 343,00	2 379,00
Ind. 66 à 70	8 460,00	4 850,00	3 451,00	7 698,00	4 413,00	3 140,00

2.2. Consultations externes à 90%

Zone Age	PRIMES <u>AVEC</u> L'OPTION MATERNITE			PRIMES <u>SANS</u> L'OPTION MATERNITE		
	Monde entier Incluant les USA	Monde excluant USA résidents Chine/ Hong- Kong	Autres pays	Monde entier Incluant les USA	Monde excluant USA résidents Chine/ Hong- Kong	Autres pays
Ind. 0 à 10	835,00	487,00	356,00	760,00	443,00	324,00
Ind. 10 à 20	881,00	514,00	376,00	802,00	468,00	342,00
Ind. 21 à 25	1 116,00	639,00	459,00	1 016,00	581,00	418,00
Ind. 26 à 30	1 179,00	675,00	485,00	1 072,00	613,00	441,00
Ind. 31 à 35	1 390,00	799,00	578,00	1 265,00	727,00	526,00
Ind. 36 à 40	1 467,00	843,00	610,00	1 335,00	767,00	555,00
Ind. 41 à 45	1 924,00	1 102,00	783,00	1 751,00	1 003,00	713,00
Ind. 46 à 50	2 031,00	1 163,00	827,00	1 849,00	1 058,00	752,00
Ind. 51 à 55	2 821,00	1 575,00	1 132,00	2 567,00	1 433,00	1 031,00
Ind. 56 à 60	2 978,00	1 663,00	1 196,00	2 709,00	1 513,00	1 088,00
Ind. 61 à 65	5 248,00	2 985,00	2 143,00	4 776,00	2 716,00	1 950,00
Ind. 66 à 70	6 928,00	3 940,00	2 828,00	6 305,00	3 585,00	2 574,00

2.3. Consultations externes à 80%

Zone Age	PRIMES <u>AVEC</u> L'OPTION MATERNITE			PRIMES <u>SANS</u> L'OPTION MATERNITE		
	Monde entier Incluant les USA	Monde excluant USA résidents Chine/ Hong- Kong	Autres pays	Monde entier Incluant les USA	Monde excluant USA résidents Chine/ Hong- Kong	Autres pays
Ind. 0 à 10	633,00	370,00	310,00	576,00	337,00	282,00
Ind. 10 à 20	668,00	391,00	328,00	608,00	356,00	298,00
Ind. 21 à 25	839,00	485,00	395,00	764,00	442,00	359,00
Ind. 26 à 30	886,00	513,00	417,00	806,00	467,00	379,00
Ind. 31 à 35	1 040,00	611,00	480,00	947,00	556,00	437,00
Ind. 36 à 40	1 098,00	645,00	508,00	999,00	587,00	461,00
Ind. 41 à 45	1 439,00	815,00	650,00	1 310,00	742,00	592,00
Ind. 46 à 50	1 519,00	860,00	686,00	1 382,00	783,00	625,00
Ind. 51 à 55	2 082,00	1 176,00	929,00	1 894,00	1 070,00	846,00
Ind. 56 à 60	2 197,00	1 241,00	981,00	2 000,00	1 130,00	893,00
Ind. 61 à 65	3 135,00	1 761,00	1 392,00	2 853,00	1 603,00	1 266,00
Ind. 66 à 70	4 139,00	2 325,00	1 837,00	3 766,00	2 115,00	1 672,00

3. OPTION ASSISTANCE RAPATRIEMENT

Par membre (de 0 à 70 ans) 43,00

1. Choisissez une police d'assurance dite au « 1^{er} Euro » ou en Complément de la Caisse des Français de l'Etranger, le niveau de remboursement des consultations externes entre 100%, 90% et 80%, et enfin la zone de couverture en fonction du pays de résidence de l'Assuré principal (pays dans lequel il séjourne plus de 6 mois dans l'année). Cette zone de couverture s'applique à toutes les personnes à charge. Une tarification spécifique s'applique pour les résidents en Chine / Hong Kong.

2. En fonction de ces critères, le tarif applicable est défini en fonction de l'âge de chaque membre à assurer.

3. Cette offre peut être sujette à des taxes locales, qui ne pourront s'appliquer qu'au moment de la facturation. Ce document n'est pas une facture.

Formulaire d'affiliation

Veillez lire attentivement ce qui suit et fournir toutes les informations nécessaires en **LETTRES MAJUSCULES** et cocher les cases qui conviennent

Si vous ajoutez une personne, veuillez indiquer votre numéro de police actuel _____

1. Informations sur le souscripteur

Veillez fournir les informations sur toutes les personnes à assurer, comprenant l'assuré principal et toutes les personnes à charge. Les personnes à charge incluent le conjoint/partenaire et/ou tout enfant dépendant financièrement de l'assuré principal et âgé de moins de 18 ans, ou de moins de 24 ans s'il poursuit des études à temps plein. Merci de fournir un certificat de scolarité pour l'enfant de plus de 18 ans. Seules les personnes de moins de 70 ans verront leur demande d'affiliation considérée.

Assuré principal

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

M. Mme Mle Autre _____ Prénom _____

Autres initiales _____ Nom _____

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

Adresse de correspondance (où vous êtes ou serez établi durant la majorité de l'année d'assurance) _____

Téléphone domicile _____ (indicatif pays) _____ (indicatif régional) _____

Téléphone bureau _____ (indicatif pays) _____ (indicatif régional) _____

Téléphone portable _____ (indicatif pays) _____ (préfixe) _____

Fax _____ (indicatif pays) _____ (indicatif régional) _____

Adresse email (obligatoire) _____

Profession _____

Pays d'origine _____

(Le pays pour lequel vous détenez un passeport en cours de validité et vers lequel vous souhaiteriez être rapatrié)

Pays de résidence _____

(Le pays dans lequel vous passez la majorité de votre temps au cours de la période de couverture d'assurance)

Nationalité _____

Langue dans laquelle vous souhaitez recevoir la documentation : Anglais Français

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

Nom _____

Adresse _____

Téléphone domicile _____ (indicatif national) _____ (code régional) _____

Téléphone portable _____ (indicatif national) _____ (préfixe) _____

Adresse email _____

Information sur toute assurance santé actuelle nationale ou internationale:

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

Numéro de Sécurité sociale _____

Veillez indiquer si vous avez souscrit une police d'assurance privée auprès d'un Assureur privé:

Nom de l'Assureur _____

Numéro de police _____ Date de début (jj/mm/aa) _____

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

Nom de la police collective _____

Numéro de la police collective _____

Personne à charge 1:

M. Mme Mlle Autre _____ Nom _____

Autres initiales _____ Prénom _____

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

Lien de parenté avec l'assuré principal: Conjoint Enfant

Occupation / Profession _____

Pays d'origine _____

(Le pays pour lequel vous détenez un passeport en cours de validité et vers lequel vous souhaiteriez être rapatrié)

Pays de résidence _____

(Le pays dans lequel vous passez la majorité de votre temps au cours de la période de couverture d'assurance)

Nationalité _____

Informations sur toute assurance santé actuelle nationale ou internationale:

S'il s'agit de l'époux ou l'épouse, indiquez son numéro de sécurité sociale _____

Veillez indiquer si vous avez souscrit une police d'assurance privée auprès d'un Assureur privé:

Nom de l'assureur _____

Numéro de police _____ Date de début (jj/mm/aa) _____

Personne à charge 2:

M. Mme Mlle Autre _____ Nom _____

Autres initiales _____ Prénom _____

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

Lien de parenté avec l'assuré principal: Conjoint Enfant

Occupation / Profession _____

Pays d'origine _____

(Le pays pour lequel vous détenez un passeport en cours de validité et vers lequel vous souhaiteriez être rapatrié)

Pays de résidence _____

(Le pays dans lequel vous passez la majorité de votre temps au cours de la période de couverture d'assurance)

Nationalité _____

Informations sur toute assurance santé actuelle nationale ou internationale:

Nom de l'assureur _____

Numéro de police _____ Date de début (jj/mm/aa) _____

Personne à charge 3:

M. Mme Mlle Autre _____ Nom _____

Autres initiales _____ Prénom _____

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

Lien de parenté avec l'assuré principal: Conjoint Enfant

Occupation / Profession _____

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

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

Nationalité _____

Informations sur toute assurance santé actuelle nationale ou internationale:

Nom de l'assureur _____

Numéro de police _____ Date de début (jj/mm/aa) _____

Personne à charge 4:

M. Mme Mlle Autre _____ Nom _____

Autres initiales _____ Prénom _____

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

Lien de parenté avec l'assuré principal: Conjoint Enfant

Profession _____

Pays d'origine _____

(Le pays depuis lequel vous êtes expatrié et vers lequel vous souhaiteriez être rapatrié)

Pays de résidence _____

(Le pays dans lequel vous passez la majorité de votre temps au cours de la période de couverture d'assurance)

Nationalité _____

Informations sur toute assurance santé actuelle nationale ou internationale:

Nom de l'assureur _____

Numéro de police _____ Date de début (jj/mm/aa) _____

2. Date de début de la police d'assurance

Veillez indiquer la date à laquelle vous souhaitez commencer

vos couvertures (les inscriptions ne peuvent commencer que le premier jour du mois) : 01/ /

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

3. Détails de votre couverture

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

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

Couverture principale	Consultations externes	Couverture Dentaire	Option Maternité	Option Assistance
Indigo <input checked="" type="checkbox"/>	Indigo 100% <input type="checkbox"/> Indigo 90% <input type="checkbox"/> Indigo 80% <input type="checkbox"/>	Indigo <input checked="" type="checkbox"/>	Maternité <input type="checkbox"/>	Assistance <input type="checkbox"/>

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

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

Merci d'indiquer la **zone géographique de couverture:**

Mondiale

Mondiale à l'exception des Etats-Unis

4. Informations sur le paiement

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

4.1 Devise de paiement

Veillez indiquer la devise dans laquelle vous souhaitez effectuer votre paiement Euros Dollar US Livres Sterling

4.2 Mode et fréquence de paiement

Veillez indiquer le mode et la fréquence de paiement souhaités:

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

4.3 Informations sur le paiement par carte de crédit

Si vous choisissez de payer par carte de crédit, veuillez fournir les informations suivantes:

Type de carte de crédit MasterCard VISA

Numéro de la carte _____

Code de vérification CVC2/CVV2* _____ Date d'expiration (mm/aa) _____ / _____

**Code de vérification CVC2/CVV2: il s'agit des trois/quatre derniers chiffres qui figurent au dos de la carte après le numéro de la carte, ou les trois/quatre derniers chiffres figurant dans le cadre de la signature.*

Autorisation de paiement par carte de crédit

J'autorise Allianz Worldwide Care à débiter sur ma carte de crédit 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 tel que l'ajout d'une personne à charge). Et cela aussi longtemps que je n'aurai pas annulé cette autorisation par écrit auprès d'Allianz Worldwide Care. Il est entendu que je serai averti de toute modification tarifaire dans un délai d'un mois avant sa mise en application.

Nom du titulaire de la carte _____

Signature du titulaire de la carte _____ Date (jj/mm/aa) _____

Informations et frais liés au paiement

- Les paiements sont soumis aux frais administratifs supplémentaires suivants: 3% pour un paiement semestriel, 4% pour un paiement trimestriel. Aucun supplément ne s'applique au paiement annuel.
- Nos primes sont exprimées en nombres entiers (c'est-à-dire sans centimes, etc.), veuillez alors noter que les pourcentages liés à la fréquence de paiement peuvent être légèrement supérieurs ou inférieurs à ceux communiqués.
- Lors d'un virement bancaire, vous devez préciser le nom du souscripteur et son numéro de police d'assurance.
- Pour les paiements par virement bancaire, veuillez vous assurer que les paiements sont reçus dans les temps pour éviter tout retard possible dans le traitement des demandes de remboursement.
- Nous acceptons uniquement les paiements par carte MasterCard ou VISA.
- Allianz Worldwide Care décline toute responsabilité en cas de paiement ne précisant pas clairement l'identité du souscripteur
- Si une taxe sur les primes d'assurance ou autre taxe locale est appliquée, celle-ci sera indiquée et ajoutée sur votre facture/lettre contenant les détails de paiement.

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 un conseil médical ait été recherché ou non. Un problème de santé ou problème découlant de ce dernier, dont vous ou les personnes à votre charge 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 formulaire d'affiliation 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 formulaire d'affiliation et notre acceptation. Dans le présent formulaire, vous êtes dans l'obligation de nous fournir toutes les informations dont nous pourrions avoir besoin.

6. Déclaration de santé

Veillez 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 l'affiliation) 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 communiqué à l'assureur.

	Assuré Principal		Personne à charge 1		Personne à charge 2		Personne à charge 3	
1. Quel est votre taille/poids	_____ cm	_____ cm	_____ cm	_____ cm	_____ cm	_____ cm	_____ cm	_____ cm
	_____ kg	_____ kg	_____ kg	_____ kg	_____ kg	_____ kg	_____ kg	_____ kg
2. Avez-vous consommé une forme quelconque de tabac au cours des 12 derniers mois ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Type :	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Consommation quotidienne/quantité :	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
3. Combien d'unités d'alcool buvez-vous par semaine ? (1 mesure (4 cl) = 1 unité ; 25 cl de bière = 1 unité ; 1 verre de vin = 1 unité)	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
4. Souffrez-vous actuellement de maladies, des séquelles d'un accident, d'inaptitudes physiques ou mentales, de troubles psychiatriques, de problèmes médicaux ou dentaires chroniques ou de longue durée ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
5. Souffrez-vous de, avez-vous été à l'hôpital à cause de ou reçu un traitement, tests ou examens pour :								
a) Rhumatisme, goutte, arthrose ou maladie des muscles ou des articulations (y compris le dos) ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
b) Epilepsie ou autres troubles neurologiques ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
c) Troubles digestifs (y compris troubles de l'estomac et/ou intestinaux) ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
d) Anxiété, dépression ou trouble mental ou psychiatrique ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
e) Problèmes gynécologiques ou de fertilité ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
f) Problèmes des reins, de la vessie, du foie/pancréas (y compris le diabète) ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
g) Grosseur, kyste, grain de beauté ou cancer ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
h) Problèmes aux yeux, aux oreilles, au nez ou de peau ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
i) Problème cardiaque, attaque cardiaque ou augmentation de la tension artérielle/ du cholestérol ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
j) Asthme, bronchite chronique ou tout autre problème respiratoire ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
k) Toute autre maladie ou blessure nécessitant une attention médicale (sauf rhumes et gripes) ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
6. Vous a-t-on conseillé de consulter un médecin pour une maladie ou une douleur récurrente, d'effectuer des examens médicaux ou de suivre un traitement que vous auriez négligé ou dont vous attendez les résultats ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>

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

M. M^{me} Mle Autre _____ Prénom _____
Nom _____
Adresse _____

Numéro de téléphone _____ (indicatif pays) _____ (indicatif régional) _____

Date de la dernière visite (jj/mm/aa) _____

Merci d'indiquer la date à laquelle vous êtes devenu patient de ce médecin (jj/mm/aa) _____

7. Déclaration dentaire

	Assuré Principal		Personne à charge 1		Personne à charge 2		Personne à charge 3	
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"/>
b) Vous manque-t-il des dents qui n'auraient pas été remplacées (à l'exception des dents de sagesse)? Si 'Oui', combien : _____	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
c) Avez-vous des prothèses (couronnes, inlays, implants, bridges, plombages etc.) ? Si 'Oui', combien : _____	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
d) Souffrez-vous de parodontose? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
e) Avez-vous fait faire des contrôles dentaires réguliers au cours des 5 dernières années? Si 'Oui', veuillez préciser : La date (jj/mm/aa) : _____ Le résultat : _____	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>

Si vous avez répondu 'Oui' à la question a), veuillez compléter un questionnaire dentaire, qui peut être téléchargé sur le site internet www.allianzworldwidecare.com

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

M. M^{me} Mle Autre _____ Prénom _____
Nom _____
Adresse _____

Numéro de téléphone _____ (indicatif pays) _____ (indicatif régional) _____

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 formulaire d'affiliation, 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'assurance irlandaise (hors assurance-vie) et sera le responsable du traitement de ces données.

Utilisation : Nous pouvons utiliser les informations que vous nous fournissez dans un but de gestion du contrat d'assurance (cela inclut la souscription, le traitement, la gestion des demandes de remboursement, 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 demandes de remboursement qui surviennent.

Conservation : Nous ne conserverons pas vos données plus longtemps que le délai nécessaire 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 : Vous avez le droit de demander et de recevoir une copie de vos données à caractère personnel en notre possession. Si vous souhaitez exercer ce droit d'accès, vous devez, comme l'indique l'article 4 des lois relatives à la protection des données de 1998 et 2003, écrire à l'attention du responsable de la protection des données à l'adresse suivante : 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 les chèques devront être libellés à l'ordre d'Allianz Worldwide Care.

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 ci-dessus 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 cette déclaration soit la base du contrat entre Allianz Worldwide Care 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 des personnes à ma charge survenant après la signature du Formulaire d'affiliation et avant la date de début de ma police,
- c) Je comprends que je peux annuler ma demande par écrit soit par lettre, email ou fax, dans un délai de 30 jours à partir de la date à laquelle je reçois les conditions générales complètes de ma police d'assurance. Si je n'ai pas envoyé de demande de remboursement, la totalité de ma prime me sera remboursée.
- 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 Formulaire d'affiliation, elles seront considérées comme acceptées dès lors que je ne les aurai pas contestés dans les 30 jours suivant l'émission dudit certificat.
- e) J'autorise Allianz Worldwide Care à contrôler, si nécessaire, les déclarations concernant mon état de santé et à contrôler auprès d'autres assureurs santé toutes les déclarations effectuées pour le compte de contrats antérieurs ou actuels. J'autorise les praticiens, médecins, dentistes, membres de la profession médicale, employés des hôpitaux et des services de santé publique à communiquer mes dossiers médicaux à Allianz Worldwide Care. Cette autorisation vaut également pour les personnes assurées à ma charge, y compris celles qui ne sont pas en mesure de comprendre le sens de cette déclaration.
- f) J'accepte le fait que cette police d'assurance sera soumise aux conditions générales standards en vigueur au commencement de la police et incluses dans le Guide des services et prestations. Je confirme que j'ai bien lu et pris connaissance de toutes les définitions, des garanties, des exclusions et des conditions de la police y compris l'exclusion concernant les pathologies préexistantes.
- g) J'autorise Allianz Worldwide Care à percevoir les remboursements des frais médicaux et d'hospitalisations qui me sont dus par la CFE, afin que soit effectué un remboursement unique comprenant les garanties de base et complémentaire sur le compte bancaire de mon choix. Cette autorisation vaut également pour les personnes assurées à ma charge et qui sont également assurés auprès de la CFE et d'Allianz Worldwide Care.

En tant qu'assuré principal, je signe cette déclaration au nom de toutes les personnes incluses dans ce Formulaire.

Signature de l'assuré principal

Date(jj/mm/aa)

Merci de retourner votre formulaire dûment complété par:

Email: affiliation@assurance-sante-expatrie.net

(après avoir numérisé le document)

**Courrier postal à Assurances INDIGO c/o Moncey,
11, rue Jean-Baptiste Pigalle, 75009 Paris, France**

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

Helpline: +33 (0)9 62 29 25 23

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

MONCEY
ASSURANCES & CONSEILS

Agent code : 224303