



Cigna Global Health options

Formulaire de souscription à la police d'assurance

Bonjour ! Vous souhaitez nous rejoindre et nous en sommes ravis !

Si vous possédez une assurance santé internationale auprès d'un autre assureur, vous pouvez demander à souscrire une assurance Cigna Global Health Options selon les mêmes modalités. Afin que votre demande soit examinée, vous devez compléter les questions relatives à votre santé ci-dessous et satisfaire aux critères suivants :

- Vous devez être actuellement couvert par une assurance santé internationale individuelle, et non par un régime d'assurance collectif.
- Votre souscription doit être fondée sur une déclaration médicale complète.
- Vous devez joindre une copie de votre attestation d'assurance actuelle reprenant l'ensemble des éventuelles exclusions médicales, majorations et/ou avenants auxquels vous êtes soumis.

Veuillez compléter le présent formulaire de souscription et nous le renvoyer par e-mail ou par courrier postal. Vous trouverez nos coordonnées à la fin de ce document.

Veuillez compléter le présent formulaire en LETTRES CAPITALES.

RUBRIQUE A

INFORMATIONS CONCERNANT LA DEMANDE DE SOUSCRIPTION

Veuillez compléter cette rubrique pour toutes les personnes qui doivent être couvertes par la police d'assurance, en ce compris le preneur d'assurance principal et les éventuelles personnes à charge.

PRENEUR D'ASSURANCE

Veillez à nous informer de tout changement de coordonnées afin que vous receviez toute la correspondance qui vous est destinée.

Civilité	Prénom	Autres initiales	Nom
Sexe (cochez la case appropriée)	Homme	Femme	Date de naissance (JJ/MM/AAAA)
Profession			
Adresse de correspondance (Adresse à laquelle vous souhaitez que toute correspondance postale soit livrée)			
Numéro de téléphone pour vous joindre en journée (Indicatif de pays - Numéro)			
Numéro de téléphone mobile (Indicatif de pays - Numéro)			
Télécopie (Indicatif de pays - Numéro)			
Adresse e-mail			
Nationalité (Quelle est la nationalité figurant sur votre passeport que vous utiliserez pour enregistrer cette police ?)			
Lieu de résidence (Pays dans lequel vous résidez/résiderez la majeure partie du temps durant la période de couverture)			
Taille :	Pieds	Pouces	Centimètres
Poids :	Stones	Livres	Kilogrammes
Avez-vous fumé, vapoté ou utilisé des substituts nicotiques ou tout autre produit à base de tabac au cours des 12 derniers mois ?			
			Oui
			Non
Si oui , combien par jour ? (Si vous utilisez des substituts nicotiques ou vapoté, sélectionnez « moins de 20 par jour »)			
		Moins de 20 par jour	20 par jour ou plus

PERSONNE À CHARGE 1

Prénom	Nom
Parenté vis-à-vis du preneur d'assurance	Sexe (cochez la case appropriée)
Homme	Femme
Date de naissance (JJ/MM/AAAA)	Profession
Nationalité (Quelle est la nationalité figurant sur votre passeport que vous utiliserez pour enregistrer cette police ?)	
Lieu de résidence (Pays dans lequel vous résidez/résiderez la majeure partie du temps durant la période de couverture)	
Taille :	Pieds
Pouces	Centimètres
Poids :	Stones
Livres	Kilogrammes
Avez-vous fumé, vapoté ou utilisé des substituts nicotiques ou tout autre produit à base de tabac au cours des 12 derniers mois ?	
Oui	
Non	
Si oui , combien par jour ? (Si vous utilisez des substituts nicotiques ou vapoté, sélectionnez « moins de 20 par jour »)	
Moins de 20 par jour	
20 par jour ou plus	

PERSONNE À CHARGE 2

Prénom	Nom
Parenté vis-à-vis du preneur d'assurance	Sexe (cochez la case appropriée)
Homme	Femme
Date de naissance (JJ/MM/AAAA)	Profession
Nationalité (Quelle est la nationalité figurant sur votre passeport que vous utiliserez pour enregistrer cette police ?)	
Lieu de résidence (Pays dans lequel vous résidez/résiderez la majeure partie du temps durant la période de couverture)	
Taille :	Pieds
Pouces	Centimètres
Poids :	Stones
Livres	Kilogrammes
Avez-vous fumé, vapoté ou utilisé des substituts nicotiques ou tout autre produit à base de tabac au cours des 12 derniers mois ?	
Oui	
Non	
Si oui , combien par jour ? (Si vous utilisez des substituts nicotiques ou vapoté, sélectionnez « moins de 20 par jour »)	
Moins de 20 par jour	
20 par jour ou plus	

PERSONNE À CHARGE 3

Prénom				Nom							
Parenté vis-à-vis du preneur d'assurance				Sexe (cochez la case appropriée)	Homme	<input type="checkbox"/>	Femme	<input type="checkbox"/>			
Date de naissance (JJ/MM/AAAA)				Profession							
Nationalité (Quelle est la nationalité figurant sur votre passeport que vous utiliserez pour enregistrer cette police ?)											
Lieu de résidence (Pays dans lequel vous résidez/résiderez la majeure partie du temps durant la période de couverture)											
Taille :	Pieds	Pouces	Centimètres	Poids :	Stones	Livres	Kilogrammes				
Avez-vous fumé, vapoté ou utilisé des substituts nicotiniques ou tout autre produit à base de tabac au cours des 12 derniers mois ?								Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>
Si oui , combien par jour ? (Si vous utilisez des substituts nicotiniques ou vapoté, sélectionnez « moins de 20 par jour »)				Moins de 20 par jour		<input type="checkbox"/>		20 par jour ou plus		<input type="checkbox"/>	

PERSONNE À CHARGE 4

Prénom				Nom							
Parenté vis-à-vis du preneur d'assurance				Sexe (cochez la case appropriée)	Homme	<input type="checkbox"/>	Femme	<input type="checkbox"/>			
Date de naissance (JJ/MM/AAAA)				Profession							
Nationalité (Quelle est la nationalité figurant sur votre passeport que vous utiliserez pour enregistrer cette police ?)											
Lieu de résidence (Pays dans lequel vous résidez/résiderez la majeure partie du temps durant la période de couverture)											
Taille :	Pieds	Pouces	Centimètres	Poids :	Stones	Livres	Kilogrammes				
Avez-vous fumé, vapoté ou utilisé des substituts nicotiniques ou tout autre produit à base de tabac au cours des 12 derniers mois ?								Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>
Si oui , combien par jour ? (Si vous utilisez des substituts nicotiniques ou vapoté, sélectionnez « moins de 20 par jour »)				Moins de 20 par jour		<input type="checkbox"/>		20 par jour ou plus		<input type="checkbox"/>	

VOTRE ASSURANCE ACTUELLE

Nom de votre assureur actuel						
Nom de votre régime d'assurance						
L'une des personnes couvertes par cette police d'assurance est-elle soumise à exclusions ou majorations ?			Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>
À quelle date votre couverture est-elle entrée en vigueur ? (JJ/MM/AAAA)						
Quand doit-elle prendre fin ? (JJ/MM/AAAA)						

VOTRE FUTURE ASSURANCE

Quelle assurance souhaitez-vous souscrire ?	Silver	<input type="checkbox"/>	Gold	<input type="checkbox"/>	Platinum	<input type="checkbox"/>
De quelle zone de couverture souhaitez-vous bénéficier ?	Mondiale		<input type="checkbox"/>	Mondiale, à l'exclusion des États-Unis		<input type="checkbox"/>

DATE DE DÉBUT

Je (nous) souhaite (souhaitons) que la police d'assurance entre en vigueur à compter du	Jour	<input type="checkbox"/>	Mois	<input type="checkbox"/>	Année	<input type="checkbox"/>
<i>Nous vous confirmerons la date d'entrée en vigueur de votre police d'assurance. Des délais d'attente sont susceptibles de s'appliquer, conformément aux modalités stipulées dans votre police d'assurance. La présente police d'assurance est un contrat annuel reconductible portant sur une période de couverture minimale de trois</i>						
Devise de paiement	Dollar des États-Unis	<input type="checkbox"/>	Euro	<input type="checkbox"/>	Livre sterling	<input type="checkbox"/>
Fréquence de paiement	Mensuel	<input type="checkbox"/>	Trimestriel	<input type="checkbox"/>	Annuel	<input type="checkbox"/>
Mode de paiement	Carte de crédit/débit	<input type="checkbox"/>	Virement bancaire (paiement annuel uniquement) (Nous vous contacterons par téléphone lors de la réception de votre demande de souscription afin de vous fournir les informations nécessaires)			

RUBRIQUE B

DÉCLARATION DE BONNE SANTÉ

Veillez nous communiquer vos antécédents médicaux passés et actuels ainsi que ceux de TOUTE autre personne à charge couverte par la police d'assurance. **Veillez noter que nous vous demandons de divulguer tous les aspects des antécédents médicaux requis pour tous les demandeurs. Il s'agit notamment de nous informer de toute modification de l'état de santé, de tout traitement ou médicament, ainsi que de tout examen médical en attente, en cours ou à répéter qui a été suggéré.**

Lorsque votre demande de souscription nous aura été envoyée, nous sommes susceptibles de vous contacter afin d'obtenir des informations complémentaires et de finaliser votre couverture. N'hésitez pas à nous contacter si vous souhaitez obtenir de l'aide pour compléter votre demande de souscription. Si vous répondez pour le compte d'un tiers, nous vous prions d'être en mesure de le faire avec précision. Si vous n'êtes pas certain de la réponse que vous devez apporter à une question, nous vous invitons à obtenir les renseignements dont vous avez besoin pour nous répondre avec précision.

Une fausse déclaration par négligence pourrait entraîner :

- l'application d'exclusions, le rejet des demandes de remboursement et/ou l'annulation de la prise en charge.

Une fausse déclaration délibérée pourrait entraîner :

- l'annulation de la prise en charge, la retenue des primes et le recouvrement des demandes de remboursement versées.

Veillez noter que même si vous avez communiqué des informations médicales, y compris lors d'un appel ou d'une correspondance antérieurs, vous devrez toujours les communiquer à nouveau lorsque vous répondrez au questionnaire de santé suivant.

INFORMATIONS RELATIVES À LA SANTÉ

Au cours des 5 dernières années, avez-vous, vous-même ou l'une des personnes couvertes par cette police d'assurance, été diagnostiqué, traité ou suivi pour :

- Un cancer ou une tumeur
- Une maladie ou un trouble cardiaque ou circulatoire
- Un infarctus ou une maladie ou un trouble neurologique
- Une chirurgie de la colonne vertébrale ou un remplacement articulaire
- Des troubles de santé mentale ou neurodéveloppementaux

Oui

Non

Vous ou l'une des personnes devant être couvertes par la présente police d'assurance :

- Souffrez-vous d'une affection chronique ou récurrente pour laquelle vous avez présenté des symptômes ou reçu un traitement (y compris des médicaments sur ordonnance) au cours des 12 derniers mois ?
- Avez-vous des traitements, tests ou examens prévus ou en attente ?

Oui

Non

Pour éviter toute ambiguïté, une maladie chronique est une maladie de longue durée ou récurrente. Ou une maladie, une blessure ou un état nécessitant une surveillance, un traitement (y compris des médicaments) ou une rééducation continus, et qui dure plus de 3 mois.

Vous ou l'une des personnes devant être couvertes par la présente police d'assurance êtes-vous enceinte ?

Oui

Non

Si vous n'êtes pas certain de la réponse que vous devez apporter, nous vous invitons à obtenir les renseignements dont vous avez besoin pour nous répondre avec précision.

INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES CONCERNANT LA SANTÉ

Si vous avez répondu **Oui** à l'une des questions ci-dessus, veuillez nous fournir des informations détaillées:

	Pathologie/ Symptômes/ Diagnostic	Date de début	Examens/Analyses	Médicaments/ Traitement	Date des derniers symptômes/du dernier traitement	État de santé actuel
Preneur d'assurance						
Personne à charge n°1						
Personne à charge n°2						
Personne à charge n°3						
Personne à charge n°4						

SECTION C

DÉCLARATION POUR L'ENSEMBLE DES ASSURÉS

Par les présentes, je déclare avoir soigneusement veillé à répondre à l'ensemble des questions de façon précise, honnête et complète. Je reconnais que si je ne répons pas à l'ensemble des questions de façon précise et complète ou d'une fausse déclaration délibérée ou imprudente, Cigna est susceptible de rejeter les demandes de remboursement et/ou résilier la couverture conformément aux conditions générales de la présente police d'assurance.

L'obligation de répondre à nos questions avec exactitude, honnêteté et exhaustivité s'applique à toute personne couverte par cette police d'assurance. Si nous déterminons, pour des motifs raisonnables, que vous ou toute personne assurée nous avez délibérément ou imprudemment fourni des informations fausses ou trompeuses, cela pourrait avoir une incidence négative sur la présente police et nous pourrions la considérer comme n'ayant jamais existé, modifier les conditions de votre assurance ou résilier votre police. Je déclare et garantis avoir obtenu le consentement de chaque personne couverte pour divulguer à Cigna les informations à caractère personnel, en ce compris les informations sensibles (par exemple, les informations médicales) figurant dans le présent formulaire. Je confirme que chaque personne couverte est informée de sa responsabilité de veiller soigneusement à répondre à vos questions de façon précise, honnête et complète et au meilleur de ses connaissances.

(Veuillez noter que si vous formulez la déclaration ci-dessus pour le compte d'autres personnes couvertes par l'assurance, vous êtes tenu de conserver les documents attestant de leur consentement.)

Par les présentes, je demande à Cigna de débiter la couverture à la date de couverture ou à toute autre date convenue. S'il est établi que des informations fausses ou imprécises ont été communiquées délibérément ou par négligence, par mes soins ou par l'une des personnes couvertes, Cigna est en droit d'annuler le contrat d'assurance me concernant moi ou la personne couverte et de rejeter toute demande de remboursement, sans être tenue de restituer les primes payées, sauf dans les cas où il serait injustifié de les conserver. J'ai lu attentivement, compris et accepté les Règles relatives à la police d'assurance et le Guide d'information pour les clients qui font partie intégrante de mon contrat d'assurance.

Signature									
Date (JJ/MM/AAAA)									
Si vous signez au nom ou pour le compte du Preneur d'assurance principal, veuillez signer ci-dessous. Vous déclarez et garantisiez ainsi que vous avez lu la déclaration ci-dessus et que vous disposez de l'autorité nécessaire pour établir la présente demande de souscription :									
Signature									
Date									
Sélectionnez votre relation vis-à-vis du preneur d'assurance	<table><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Courtier</td><td><input type="checkbox"/></td><td>Représentant</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td colspan="3">Autre (veuillez préciser)</td></tr></table>	<input type="checkbox"/>	Courtier	<input type="checkbox"/>	Représentant	<input type="checkbox"/>	Autre (veuillez préciser)		
<input type="checkbox"/>	Courtier	<input type="checkbox"/>	Représentant						
<input type="checkbox"/>	Autre (veuillez préciser)								

AVIS RELATIF AUX CAS DE FRAUDE

Toute personne qui, en agissant de façon malhonnête et dans le but de réaliser un profit personnel ou de causer un préjudice à un autre tiers ou de l'exposer à un risque de pertes : (1) soumet une demande de souscription d'assurance ou introduit en vertu d'une police d'assurance une demande de remboursement comportant une quelconque information dont elle sait qu'elle est inexacte ou trompeuse ; ou qui (2) en soumettant une demande de souscription d'assurance ou en introduisant en vertu d'une police d'assurance une demande de remboursement en agissant de façon malhonnête et dans le but de réaliser un profit personnel ou de causer un préjudice à un autre tiers, ou de l'exposer à un risque de pertes, manque à son obligation de divulguer les informations demandées, commet une fraude. Nous examinerons toute demande de remboursement ou toute demande de souscription d'assurance dont nous pensons légitimement qu'elle peut être frauduleuse. La commission d'une fraude peut entraîner l'annulation de votre police d'assurance et le rejet de vos demandes de remboursement. Afin de détecter et de prévenir les cas de fraude, nous pouvons être amenés à communiquer des informations relatives aux cas de fraude suspectés à d'autres sociétés d'assurance et/ou aux services répressifs.

DE QUELLE MANIÈRE UTILISONS-NOUS VOS INFORMATIONS ?

Nous recueillons, utilisons, enregistrons et divulguons vos informations à caractère personnel, y compris les informations sensibles (notamment des informations concernant vos antécédents médicaux et tout traitement médical que vous suivez ou avez suivi), conformément à la législation pertinente en matière de protection des données. Nous recueillons et nous utilisons vos informations à caractère personnel, y compris les informations sensibles, aux fins de l'exécution de nos obligations au titre de la présente assurance.

Nous pouvons être amenés à communiquer les informations vous concernant, y compris les informations sensibles, à d'autres sociétés Cigna et à des professionnels de santé autorisés, lorsque cela s'avère nécessaire pour nous permettre d'exécuter nos obligations au titre de la présente assurance. La présente déclaration s'applique également aux informations à caractère personnel concernant les bénéficiaires mentionnés sur ce formulaire de souscription.

Vous pouvez demander une copie des informations à caractère personnel que nous détenons à votre sujet, et les bénéficiaires de votre police d'assurance peuvent demander une copie des informations à caractère personnel que nous détenons à leur sujet. La fourniture de ces informations peut entraîner des frais.

J'accepte que les données à caractère personnel et les données relevant d'une catégorie particulière me concernant soient collectées, utilisées et divulguées par Cigna aux fins requises par le contrat d'assurance que j'ai conclu.

OFFRES SPÉCIALES, PROMOTIONS, PRODUITS ET SERVICES

Nous aimerions vous tenir informé des offres spéciales, des promotions, des produits et des services de Cigna dont nous pensons qu'ils pourraient vous intéresser.

Si vous souhaitez recevoir ce type d'informations, veuillez cocher cette case

Dans ce cas, de quelle façon souhaitez-vous être contacté ?

E-mail

Téléphone

Veillez renvoyer votre formulaire complété par e-mail ou par courrier postal :

**Cigna Global Health Options
The Grosvenor Building
72 Gordon Street
Glasgow
G1 3RS
Royaume-Uni**

E-mail : cgi.sales@cigna.com



Le nom et le logo Cigna Healthcare, ainsi que les autres marques Cigna, sont la propriété de Cigna Intellectual Property, Inc. Leur utilisation est autorisée en vertu d'une licence concédée par The Cigna Group et ses filiales opérationnelles. Tous les produits et services sont fournis par ou via de telles filiales, et non par The Cigna Group. Ces filiales incluent Cigna Global Insurance Company Limited, Cigna Life Insurance Company of Europe S.A.-N.V., Cigna Europe Insurance Company S.A.-N.V. et Cigna Worldwide General Insurance Company Limited. © 2024 Cigna Healthcare. Tous droits réservés.

Pour les assurances administrées par Cigna Global Insurance Company Limited, l'agent de souscription est Cigna Insurance Management Services (DIFC) Limited, une société réglementée par l'autorité des services financiers de Dubaï.