

**FORMULAIRE D'ADHÉSION CIGNA GLOBAL
RELATIF AUX OPTIONS DE SANTÉ**

BONJOUR

**Nous sommes ravis que vous souhaitez
nous rejoindre.**

Together, all the way.SM



MONCEY
ASSURANCES & CONSEILS

Veuillez remplir ce formulaire d'adhésion et nous le renvoyer par courrier électronique, fax ou courrier postal. Utilisez nos coordonnées qui figurent à la fin de ce formulaire. Veuillez remplir ce formulaire en LETTRES MAJUSCULES.

SECTION A

INFORMATIONS SUR LE DEMANDEUR

Veuillez remplir cette section pour toutes les personnes qui seront couvertes par la police d'assurance, y compris le principal assuré et tout bénéficiaire.

VOTRE RÉGIME

À quel régime souhaitez-vous souscrire ? Silver Gold Platinum

ASSURÉ

En cas de changement de coordonnées, vous êtes tenu de nous en informer pour que nous puissions assurer le suivi de votre correspondance.

Civilité	Prénom	Autres initiales	Nom de famille
Sexe (cochez)	Homme	Femme	Date de naissance (JJ/MM/AAAA)
Profession			
Adresse de correspondance			
Numéro de téléphone (en journée) (Code pays - Numéro)			
Numéro de téléphone portable (Code pays - Numéro)			
Fax (Code pays - Numéro)			
Adresse électronique			
Nationalité (Quelle est la nationalité de votre passeport principal ?)			
Lieu (Pays dans lequel vous vivez/vivrez la plupart du temps pendant la période de garantie)			
Taille : Centimètres		Poids : Kilogrammes	
Avez-vous fumé, ou utilisé des produits de substitution nicotinique ou au tabac au cours des 12 derniers mois ?			Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Si Oui , combien par jour ?		Moins de 20 par jour <input type="checkbox"/>	20 ou plus par jour <input type="checkbox"/>

BÉNÉFICIAIRE 1

Civilité	Prénom	Autres initiales	Nom de famille
Lien de parenté avec l'assuré	Sexe (cochez)	Homme	Femme
Date de naissance (JJ/MM/AAAA)	Profession		
Nationalité (Quelle est la nationalité de votre passeport principal ?)			
Lieu (Pays dans lequel vous vivez/vivrez la plupart du temps pendant la période de garantie)			
Taille : Centimètres		Poids : Kilogrammes	
Avez-vous fumé, ou utilisé des produits de substitution nicotinique ou au tabac au cours des 12 derniers mois ?			Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Si Oui , combien par jour ?		Moins de 20 par jour <input type="checkbox"/>	20 ou plus par jour <input type="checkbox"/>

BÉNÉFICIAIRE 2

Civilité	Prénom	Autres initiales	Nom de famille
Lien de parenté avec l'assuré	Sexe (cochez)	Homme	Femme
Date de naissance (JJ/MM/AAAA)	Profession		
Nationalité (Quelle est la nationalité de votre passeport principal ?)			
Lieu (Pays dans lequel vous vivez/vivrez la plupart du temps pendant la période de garantie)			
Taille : Centimètres		Poids : Kilogrammes	
Avez-vous fumé, ou utilisé des produits de substitution nicotinique ou au tabac au cours des 12 derniers mois ?			Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Si Oui , combien par jour ?		Moins de 20 par jour <input type="checkbox"/>	20 ou plus par jour <input type="checkbox"/>

BÉNÉFICIAIRE 3									
Civilité		Prénom		Autres initiales		Nom de famille			
Lien de parenté avec l'assuré				Sexe (cochez)		Hombre		Mujer	
Date de naissance (JJ/MM/AAAA)				Profession					
Nationalité (Quelle est la nationalité de votre passeport principal ?)									
Lieu (Pays dans lequel vous vivez/vivrez la plupart du temps pendant la période de garantie)									
Taille : Centimètres				Poids : Kilogrammes					
Avez-vous fumé, ou utilisé des produits de substitution nicotinique ou au tabac au cours des 12 derniers mois ?							Oui		Non
Si Oui , combien par jour ?			Moins de 20 par jour			20 ou plus par jour			

BÉNÉFICIAIRE 4									
Civilité		Prénom		Autres initiales		Nom de famille			
Lien de parenté avec l'assuré				Sexe (cochez)		Hombre		Mujer	
Date de naissance (JJ/MM/AAAA)				Profession					
Nationalité (Quelle est la nationalité de votre passeport principal ?)									
Lieu (Pays dans lequel vous vivez/vivrez la plupart du temps pendant la période de garantie)									
Taille : Centimètres				Poids : Kilogrammes					
Avez-vous fumé, ou utilisé des produits de substitution nicotinique ou au tabac au cours des 12 derniers mois ?							Oui		Non
Si Oui , combien par jour ?			Moins de 20 par jour			20 ou plus par jour			

SECTION B

INFORMATIONS SUR LE DEMANDEUR

Couverture géographique de votre assurance		Monde		Monde hors États-Unis	
Quand souhaitez-vous que votre assurance débute ? (JJ/MM/AAAA)					

RÉGIME PRINCIPAL D'ASSURANCE MÉDICALE INTERNATIONALE

Choisissez votre franchise	\$0	\$375	\$750	\$1,500	\$3,000	\$7,500	\$10,000
	€0	€275	€550	€1,100	€2,200	€5,500	€7,400
	£0	£250	£500	£1,000	£2,000	£5,000	£6,650
Sélectionnez ensuite votre pourcentage de participation aux frais			Pas de participation aux frais		10%	20%	30%
Choisissez votre contribution maximale (Montant maximal de participation aux frais dans le cadre de l'assurance médicale internationale que vous devez payer dans le cas d'une ou de plusieurs demandes d'indemnisation par période de garantie)						\$2,000	\$5,000
						€1,480	€3,700
						£1,330	£3,325

PRESTATIONS OPTIONNELLES

Souhaitez-vous ajouter les options suivantes à votre régime									
Soins Ambulatoires International					Franchise				
Oui		Non			\$0	\$150	\$500	\$1,000	\$1,500
					€0	€110	€370	€700	€1,100
					£0	£100	£335	£600	£1,000
Participation aux frais après franchise (une contribution maximale d'une valeur de 3 000 \$ / 2 200 € / 2 000 £ s'applique à la participation aux frais sur la couverture Soins Ambulatoires International)									
					Pas de participation aux frais		10%	20%	30%
Évacuation Médicale International					Oui	Non			
Santé et Bien-être International					Oui	Non			
Assurance Optique et Dentaire International					Oui	Non			

Veillez noter que les régimes Soins Ambulatoires International, Évacuation Médicale International, Santé et Bien-être International et Assurance Optique et Dentaire International ne peuvent être souscrits qu'en association avec le contrat d'Assurance Médicale Internationale.

Veillez noter que chaque assurance choisie s'appliquera à l'ensemble des bénéficiaires.

La sélection de votre régime ne peut être modifiée qu'au moment du renouvellement de votre contrat. Si vous souhaitez augmenter le niveau de votre couverture à la date de renouvellement, une souscription médicale complète et des délais d'attente peuvent s'appliquer et un supplément de prime devra être versé.

SECTION C

QUESTIONNAIRE CONFIDENTIEL DE SANTÉ

Vous devez maintenant nous fournir des informations concernant vos antécédents médicaux, ainsi que ceux de toutes les personnes mentionnées à la section A. Si vous cochez « Oui » à l'une des questions, veuillez nous fournir des détails complets à la section D.

Une fois que vous aurez terminé, nous pourrions finaliser votre demande. Nous vous conseillons d'avoir à portée de main tout document médical qui vous aidera à remplir ce questionnaire. En fonction de vos antécédents médicaux, nous pourrions avoir besoin d'informations supplémentaires pour pouvoir finaliser votre assurance.

Veillez lire très attentivement les questions suivantes. Veillez à répondre à toutes les questions de façon honnête et complète. Toute fausse déclaration commise par manque de diligence pourrait entraîner une réduction proportionnelle du montant versé par Cigna dans le cadre d'une demande d'indemnisation ; tandis que toute fausse déclaration délibérée ou négligente pourrait inciter Cigna à rejeter des demandes d'indemnisation et/ou à annuler le contrat. Si vous avez besoin d'aide pour remplir votre formulaire, n'hésitez pas à nous contacter.

Si vous avez des doutes au sujet d'une réponse, vous devriez effectuer les recherches nécessaires pour être en mesure de fournir une réponse précise.

L'un des demandeurs a-t-il fait l'objet d'un traitement, de tests ou d'exams pour, ou a-t-il été diagnostiqué de, ou montré tous signes ou symptômes de :		ASSURÉ		BÉNÉFICIAIRE 1		BÉNÉFICIAIRE 2		BÉNÉFICIAIRE 3		BÉNÉFICIAIRE 4	
		Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non
1	Diabète et autres dysfonctionnements endocriniens (glandulaires). Ex : trouble thyroïdien, problèmes de poids, goutte, problèmes hypophysaires ou de glandes surrénales.	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non
2	Affections cardiaques ou troubles vasculaires. Ex : douleur thoracique, crise cardiaque, hypertension, maladie vasculaire, maladie coronarienne, angine de poitrine, troubles du rythme cardiaque, anévrisme ou souffle au cœur.	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non
3	Cancers, tumeurs ou masses. Ex : polypes, kystes ou grosseurs aux seins.	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non
4	Problèmes musculaires ou osseux. Ex : douleurs au dos, coup du lapin, arthrite, problèmes ou douleurs articulaires, goutte, fractures, problèmes de cartilage, de tendon ou de ligament.	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non
5	Asthme, allergies, troubles respiratoires. Ex : infections pulmonaires, pneumonie, bronchite, essoufflement, rhinite, tuberculose, emphysème ou broncho-pneumopathie chronique obstructive.	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non
6	Problèmes de vésicule biliaire, du tube digestif, intestinaux, gastriques ou hépatiques. Ex : côlon irritable, colite, maladie de Crohn, ulcères gastriques ou gastroduodénaux, reflux, indigestion, brûlures d'estomac, calculs biliaires, hernie, hémorroïdes ou hépatite.	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non
7	Troubles cérébraux ou neurologiques. Ex : sclérose en plaques, épilepsie ou crises, accident vasculaire cérébral, migraines, maux de tête récurrents ou sévères, méningite, zona ou douleur névralgique.	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non
8	Problèmes de peau. Ex : eczéma, acné, grains de beauté, éruptions cutanées, réactions allergiques, kystes, dermatite ou psoriasis.	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non
9	Troubles sanguins, infectieux ou immunitaires. Ex : hypercholestérolémie, anémie, paludisme, VIH ou lupus érythémateux aigu disséminé.	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non
10	Troubles urinaires ou de la reproduction. Ex : infections des voies urinaires, problèmes rénaux, fibromes, règles douloureuses, irrégulières ou abondantes, problèmes de fertilité, syndrome des ovaires polykystiques, endométriose, problèmes testiculaires ou de prostate.	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non
11	Anxiété, dépression, problèmes d'ordre psychiatrique ou mental. Ex : troubles de l'alimentation, syndrome de stress post-traumatique, problèmes d'alcoolémie ou de toxicomanie.	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non
12	Problèmes oto-rhino-laryngologiques, oculaires ou dentaires. Ex : infections de l'oreille, problèmes de sinus, amygdales et végétations, cataractes, glaucome, problèmes liés aux dents de sagesse.	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non

Veillez également répondre aux questions suivantes :

13	L'une des personnes est-elle atteinte d'une maladie, d'une affection ou d'un symptôme qui n'a pas déjà été mentionné ? Veuillez indiquer les informations concernant tout problème connu ou présumé, qu'un avis médical ait été donné ou pas ou qu'un diagnostic ait été posé ou pas.	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non
14	L'une des personnes prend-elle des médicaments, reçoit-elle un traitement de quelque type que ce soit ou doit-elle se soumettre à une analyse ou à un suivi en ce qui concerne un problème médical actuel ou passé qui n'a pas déjà été mentionné ?	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non

SECTION D

INFORMATIONS MÉDICALES SUPPLÉMENTAIRES

Si vous avez répondu « Oui » à l'une des questions de la section C, veuillez nous fournir des informations complémentaires. Si vous êtes incertain quant à la pertinence des informations, indiquez-les quand même. Si vous avez besoin de plus d'espace, veuillez utiliser une feuille à part.

	Section C Question numéro	Nom de la maladie ou du problème médical. Le cas échéant, indiquez la zone du corps concernée (ex : bras gauche, pied droit).	Quand les symptômes se sont-ils manifestés et quand les avez-vous eus pour la dernière fois ?	Quel traitement avez-vous suivi ? (Donnez des informations sur les médicaments et les dates de début et de fin du traitement.)	Quel est l'état actuel de la maladie ou du problème médical ? (ex : en cours, terminé, guéri, récurrent ou susceptible de le devenir.)
ASSURÉ					
BÉNÉFICIAIRE 1					
BÉNÉFICIAIRE 2					
BÉNÉFICIAIRE 3					
BÉNÉFICIAIRE 4					

SECTION E

DÉCLARATION CONCERNANT TOUS LES ASSURÉS

Par la présente, je déclare avoir veillé à répondre à toutes les questions de façon exacte, honnête et complète. Je reconnais que si je ne réponds pas à toutes les questions de façon exacte et complète, suite à mon manque de diligence, Cigna pourrait réduire le montant de toute demande d'indemnisation de façon proportionnelle. Je reconnais également que si je fournis des informations inexactes ou incomplètes de façon délibérée ou négligente en réponse aux questions, Cigna pourrait rejeter mes demandes d'indemnisation et/ou annuler mon contrat.

L'obligation de répondre à nos questions de façon exacte, honnête et complète s'applique à toutes les personnes couvertes par la présente police d'assurance. Bien que le non-respect de cette obligation de la part d'une personne assurée puisse affecter la couverture ou le paiement de ses demandes d'indemnisation, il n'affectera pas la couverture ou le paiement des demandes d'indemnisation de toute autre personne assurée, à moins que cette personne n'ait également fait de fausses déclarations de façon négligente, délibérée ou imprudente en répondant à nos questions. Je garantis et déclare avoir l'autorisation de chaque personne assurée me permettant de vous divulguer les informations personnelles, y compris les informations personnelles confidentielles (ex : informations médicales) énoncées dans ce formulaire. Je confirme que chaque personne assurée est consciente de son obligation de faire montre de diligence raisonnable afin de répondre à vos questions de façon exacte, honnête et complète et au mieux de ses connaissances.

(Veuillez noter que si vous établissez la déclaration ci-dessus au nom d'une autre personne, vous êtes tenu de conserver les preuves du consentement que vous fournissez aux présentes en ce qui concerne les déclarations et consentements réels des membres de votre famille assurés.)

Par la présente, je propose à Cigna que la date de prise d'effet de l'assurance corresponde à la date du contrat ou à toute autre date convenue. Si l'on découvre que j'ai, ou que toute autre personne assurée a, fourni des informations fausses ou inexactes de façon délibérée ou imprudente, Cigna pourra annuler le contrat d'assurance me concernant ou concernant la personne assurée et refuser toute demande d'indemnisation sans avoir à rembourser les primes déjà versées, sauf dans le cas où il serait injuste de conserver ces primes. J'ai lu attentivement, compris et accepté les Dispositions du Contrat et le Guide de l'Assuré qui font partie de mon contrat d'assurance.

Signature				
Date (JJ/MM/AAAA)				
Si vous signez au nom de l'assuré principal ou pour son compte, veuillez signer ci-dessous pour garantir et déclarer que vous avez lu la déclaration ci-dessus et avez toute autorité pour déposer cette demande :				
Signature				
Date (JJ/MM/AAAA)				
Sélectionnez le lien avec l'assuré principal	Courtier		Agent	
	Autre (veuillez préciser)			

DÉCLARATION SUPPLÉMENTAIRE APPLICABLE AUX RESSORTISSANTS DE HONG KONG ET DE SINGAPOUR VIVANT DANS LEUR PAYS D'ORIGINE

Si vous êtes un assuré ayant la nationalité de Hong Kong ou de Singapour et que vous résidez et vivez à Hong Kong ou à Singapour dans le cadre de cette police d'assurance, selon la loi et les réglementations locales de votre pays, il se pourrait que vous soyez en droit de réaliser une Analyse des Besoins pour déterminer vos besoins particuliers en matière d'assurance et/ou de remplir un formulaire de Protection du Consommateur. J'accepte de souscrire à cette assurance sans une Analyse des Besoins ou un formulaire de Protection du Consommateur.

Je confirme et accepte la déclaration ci-dessus

Les polices d'assurance de la succursale de Singapour de Cigna Europe Insurance Company S.A.-N.V. sont couvertes par la loi de 2011 sur les Régimes de protection des titulaires de contrats d'assurance (Policy Owners' Protection Schemes), la loi n°15 de 2011 de Singapour (la « Loi ») dans les limites prévues par la Loi.

Signature de l'assuré principal				
Date (JJ/MM/AAAA)				
Si vous signez au nom de l'assuré principal ou pour son compte, veuillez signer ci-dessous pour garantir et déclarer que vous avez lu la déclaration ci-dessus et avez toute autorité pour déposer cette demande				
Signature				
Date (JJ/MM/AAAA)				
Sélectionnez le lien avec l'assuré principal	Courtier		Agent	
	Autre (veuillez préciser)			

AVIS SUR LA FRAUDE

Toute personne qui dépose (1) de manière malhonnête une demande de souscription à une assurance ou une demande de remboursement au titre d'une police en fournissant des informations qu'il sait être fausses ou erronées ; ou qui (2) en déposant une demande de souscription à une assurance ou de remboursement au titre d'une police omet intentionnellement de divulguer des informations qui lui ont été demandées, peut commettre une fraude. Nous mènerons une enquête sur toute demande de remboursement ou demande de souscription pour laquelle nous avons des raisons de croire qu'elle peut être frauduleuse. Le fait de commettre une fraude peut entraîner la résiliation de votre police et toute demande de remboursement faite au titre de cette police peut ne pas être satisfaite, et nous pouvons aux fins de détection et de prévention des fraudes, partager des informations relatives à la fraude suspectée avec d'autres compagnies d'assurances et/ou les autorités judiciaires.

TRAITEMENT DE VOS INFORMATIONS

Nous recueillerons, utiliserons, stockerons et divulguerons vos informations personnelles, y compris les informations confidentielles (notamment, les données concernant vos antécédents médicaux et tout traitement médical que vous suivez ou avez autrefois suivi), conformément à la législation applicable en matière de protection des données. Nous recueillerons et utiliserons vos informations personnelles, y compris les informations confidentielles, dans le but de nous acquitter de nos obligations dans le cadre du présent contrat.

Il se peut que nous partagions vos informations, y compris les informations confidentielles, avec d'autres compagnies Cigna et d'autres professionnels de la santé agréés, lorsque cela sera nécessaire à l'exécution de nos obligations dans le cadre du présent contrat. Cette déclaration s'applique également aux informations personnelles de tout bénéficiaire mentionné sur le présent formulaire d'adhésion.

Vous avez le droit de demander une copie de vos informations personnelles que nous conservons, et les bénéficiaires de votre police d'assurance ont le droit de demander une copie de leurs informations personnelles que nous conservons. Il se peut que nous facturions des frais afin de fournir ces informations.

J'accepte la collecte, l'utilisation et la communication de mes données personnelles et d'une catégorie particulière de données par Cigna aux fins requises par le contrat d'assurance que j'ai contracté.

OFFRES, PROMOTIONS, PRODUITS ET SERVICES SPÉCIAUX

Nous souhaitons rester en contact avec vous pour vous tenir informé(e) de nos offres spéciales, promotions, produits et services qui seraient susceptibles, selon nous, de vous intéresser.

Cochez ici si vous souhaitez recevoir ces informations

Dans l'affirmative, comment souhaitez-vous être contacté(e) ?

E-mail

Téléphone

SECTION F

MODALITÉS DE PAIEMENT

Les détails de votre carte bancaire seront détruits en toute sécurité une fois que votre demande aura été traitée.

Devise des paiements		Dollars US		Euro		Livres Sterling	
Périodicité des paiements		Mensuel		Trimestriel		Annuel	
Mode de paiement		Carte de crédit/débit		Virement bancaire (paiement annuel uniquement) (Nous vous appellerons dès réception de votre demande pour vous fournir les informations nécessaires)			
Numéro de la carte de crédit/débit							
Type de carte		MasterCard		Visa		Visa Debit	
		American Express		Solo		Maestro (UK Domestic)	
						Delta	
						Maestro (International)	
Nom tel qu'il figure sur la carte							
Date de début de la carte (MM/AA)				Date d'expiration de la carte (MM/AA)			
Cryptogramme visuel (Il s'agit des 3 chiffres figurant au dos de la plupart des cartes. Pour les cartes American Express, reportez-vous aux 4 chiffres à droite au recto de la carte)							
Veuillez confirmer que le titulaire de la carte est bel et bien l'assuré principal ?				Oui		Non	
Si le titulaire de la carte n'est pas l'assuré principal, veuillez indiquer le lien avec l'assuré principal		Autre bénéficiaire				Employeur	
		Époux/ Partenaire		Membre de la Famille		Autre	
Date de naissance du titulaire de la carte (JJ/MM/AAAA)							
Nationalité du titulaire de la carte							
L'adresse de facturation est-elle la même que celle que vous avez fournie pour votre police d'assurance ?				Oui		Non	
Dans la négative, veuillez indiquer l'adresse de facturation complète							
Autorisation en matière de carte de crédit : J'autorise Cigna à prélever sur ma carte de crédit/débit la prime correspondant à ma couverture santé (dont je serai notifié dès acceptation du contrat/renouvellement). Cette autorisation restera valide jusqu'à l'annulation de l'ordre de paiement, et je fournirai une notification écrite à Cigna conformément aux documents relatifs aux Dispositions du contrat.							
Signature du titulaire de la carte							
Date (JJ/MM/AAAA)							

Veillez renvoyer votre formulaire entièrement rempli par courrier électronique ou postal à :

ASSURANCES ET CONSEILS MONCEY
63 rue de Provence
75009 Paris, France

Tel: +33 (0)1 53 16 42 61
Fax: +33 (0)1 53 16 43 56
Email: info@moncey-assurances.com

Together, all the way.SM



MONCEY
ASSURANCES & CONSEILS

Pour les assurances fournies par Cigna Global Insurance Company Limited, l'agent de souscription médicale est Cigna Insurance Management Services (DIFC) Limited, qui est réglementé par le Dubai Financial Services Authority.

« Cigna » et le logo « Arbre de vie » sont des marques de service déposées de Cigna Intellectual Property, Inc., pouvant être utilisées sous licence par Cigna Corporation et ses filiales d'exploitation. Tous les produits et services sont fournis par ces filiales d'exploitation ou par leur intermédiaire, et non pas par Cigna Corporation. Ces filiales d'exploitation 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. © 2018 Cigna.