

# Bulletin d’Affiliation

## A COMPLÉTER PAR L’ADHÉRENT

Nom de Famille: \_\_\_\_\_ Prénom: \_\_\_\_\_

La date effective doit être au 1er de chaque mois : 01 / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Type de contrat souhaité:  **DIAMOND**  **PLATINUM**  **CLASSIC**  **ESSENTIAL**

Zone de couverture:  Zone A: Couverture mondiale inclus les USA et le Canada, exclus la Suisse. Primes en USD.  
 Zone B: Couverture mondiale inclus la Suisse, exclus les USA et le Canada. Primes en CHF.  
 Zone C: Couverture mondiale exclus USA, Canada, et la Suisse. Primes en EUR.

### ADHÉRENT:

Sexe:  M.  F. Date de naissance: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Nationalité: \_\_\_\_\_

Situation familiale:  Célibataire  Marié  Divorcé  Autre Profession: \_\_\_\_\_

Bénéficiez-vous des prestations d’un système de Sécurité Sociale ou d’un autre régime de protection sociale public ou Privé ?  Oui  Non

Si oui, précisez : \_\_\_\_\_

Pays de votre programme de protection sociale: \_\_\_\_\_

Numéro(s) de Sécurité Sociale : \_\_\_\_\_

### **CONJOINT (ou Concubin) et ENFANTS à charge à couvrir:**

Si vous avez des enfants à charge (21 ans ou plus), merci de joindre un certificat de scolarité ou d’études universitaires

| Nom de famille | Prénom | Date de naissance | Sexe (M ou F) | Conjoint / Enfant (C ou E) |
|----------------|--------|-------------------|---------------|----------------------------|
|----------------|--------|-------------------|---------------|----------------------------|

|    |       |                |       |       |
|----|-------|----------------|-------|-------|
| 1. | _____ | ____/____/____ | _____ | _____ |
|----|-------|----------------|-------|-------|

|    |       |                |       |       |
|----|-------|----------------|-------|-------|
| 2. | _____ | ____/____/____ | _____ | _____ |
|----|-------|----------------|-------|-------|

|    |       |                |       |       |
|----|-------|----------------|-------|-------|
| 3. | _____ | ____/____/____ | _____ | _____ |
|----|-------|----------------|-------|-------|

|    |       |                |       |       |
|----|-------|----------------|-------|-------|
| 4. | _____ | ____/____/____ | _____ | _____ |
|----|-------|----------------|-------|-------|

|    |       |                |       |       |
|----|-------|----------------|-------|-------|
| 5. | _____ | ____/____/____ | _____ | _____ |
|----|-------|----------------|-------|-------|

|    |       |                |       |       |
|----|-------|----------------|-------|-------|
| 6. | _____ | ____/____/____ | _____ | _____ |
|----|-------|----------------|-------|-------|

Lieu et date de signature du bulletin d’adhésion: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Signature de l’adhérent: \_\_\_\_\_

**Merci de compléter toutes les pages du bulletin d’affiliation en incluant copie de votre passeport et les envoyer par e-mail à: [info@swissglobalinsurance.com](mailto:info@swissglobalinsurance.com) ou par courrier à: Swiss Global Insurance c/o Swiss Health International, 14 Rue du Rhône, 1204 Genève, Suisse**

## Adresse de correspondance de l'Adhérent

### Adresse dans le pays d'expatriation

1. \_\_\_\_\_  
Rue

\_\_\_\_\_ Rue

\_\_\_\_\_ Ville Code postal Pays

2. Téléphone portable: \_\_\_\_\_

Téléphone domicile: \_\_\_\_\_

Téléphone bureau: \_\_\_\_\_

3. Email: \_\_\_\_\_

### Adresse dans le pays d'origine

1. \_\_\_\_\_  
Rue

\_\_\_\_\_ Rue

\_\_\_\_\_ Ville Code postal Pays

2. Téléphone portable: \_\_\_\_\_

Téléphone domicile: \_\_\_\_\_

Téléphone bureau: \_\_\_\_\_

3. Email: \_\_\_\_\_

## Paiement des primes

Fréquence du paiement:  Trimestriel  Semestriel  Annuel

Paiement par:  Carte de crédit  Virement Bancaire

si vous optez pour le paiement par carte de crédit, veuillez également remplir le formulaire d'autorisation (page 4)

## Remboursements des frais de santé

Devise du compte: \_\_\_\_\_ Nom du Bénéficiaire du compte : \_\_\_\_\_

### Pour les virements bancaires, merci de compléter la partie suivante et de nous adresser un RIB

N° de compte: \_\_\_\_\_ Banque: \_\_\_\_\_

IBAN \_\_\_\_\_ BIC – €, ABA – US\$): \_\_\_\_\_

Adresse de la Banque: \_\_\_\_\_  
Rue et Ville Code Postal Pays

## Déclaration

Je déclare par la présente que les informations données ci-dessus sont exactes, complètes, raisonnables et sincères. Je suis informé(e) et accepte que les conséquences qui pourraient résulter d'une omission volontaire ou d'une fausse déclaration peuvent entraîner l'annulation immédiate de mon régime de protection sociale. Je suis informé(e) que la loi relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, s'applique aux réponses faites à ce bulletin d'affiliation. Elle garantit le droit d'accès et de rectification, pour les données me concernant, auprès de Swiss Global Insurance. J'autorise l'Assureur de Swiss Global Insurance à communiquer ces informations à leurs mandataires. J'accepte les termes et conditions d'applications et demande à être affilié(e) au programme d'assurance qui compose le régime Swiss Global Insurance.

Date: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Signature de l'adhérent: \_\_\_\_\_  
(précédé de la mention « Lu et Approuvé »)

## Questionnaire Médical Confidentiel c/o Swiss Global Insurance

|                            |                                                          |                                                          |                                                          |                                                          |
|----------------------------|----------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|
| A<br>S<br>S<br>U<br>R<br>É | B<br>É<br>N<br>É<br>F<br>I<br>C<br>I<br>A<br>I<br>R<br>E | B<br>É<br>N<br>É<br>F<br>I<br>C<br>I<br>A<br>I<br>R<br>E | B<br>É<br>N<br>É<br>F<br>I<br>C<br>I<br>A<br>I<br>R<br>E | B<br>É<br>N<br>É<br>F<br>I<br>C<br>I<br>A<br>I<br>R<br>E |
|                            | 1                                                        | 2                                                        | 3                                                        | 4                                                        |

Est-ce que vous, ou une personne couverte par cette assurance avez/a été traité(e) pour ou a des antécédents de :

(Dans l'affirmative, veuillez cocher la case)

|    |                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |  |  |  |
|----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|
| 1  | Diabète, dysfonctionnement de la thyroïde ou endocrinien (y compris obésité)                                                                                                                                                                                    |  |  |  |  |
| 2  | Affections cardiaques ou troubles vasculaires (y compris hypertension)                                                                                                                                                                                          |  |  |  |  |
| 3  | Cancer, tumeur ou masse (y compris polypes ou masses au sein)                                                                                                                                                                                                   |  |  |  |  |
| 4  | Problèmes musculaires ou osseux (y compris douleurs du dos, traumatisme, problèmes ou douleurs articulaires)                                                                                                                                                    |  |  |  |  |
| 5  | Asthme, allergies, troubles respiratoires (y compris infections pulmonaires, difficultés respiratoires ou tuberculose)                                                                                                                                          |  |  |  |  |
| 6  | Problèmes de vésicule biliaire, du tube digestif, intestinaux, gastriques ou hépatiques (y compris côlon irritable, maladie de Crohn, hernie ou hémorroïdes)                                                                                                    |  |  |  |  |
| 7  | Troubles urinaires et de la fonction reproductive (y compris problèmes de fertilité, de règles ou de prostate)                                                                                                                                                  |  |  |  |  |
| 8  | Troubles cérébraux ou neurologiques (y compris épilepsie, accident cérébral, zona ou douleur névralgique)                                                                                                                                                       |  |  |  |  |
| 9  | Problèmes de peau (y compris eczéma, réactions allergiques, kyste, dermatite ou psoriasis)                                                                                                                                                                      |  |  |  |  |
| 10 | Troubles sanguins, infectieux ou immunitaires (y compris hypercholestérolémie, anémie, malaria ou VIH)                                                                                                                                                          |  |  |  |  |
| 11 | Êtes vous atteint d'une maladie, d'un état ou d'un symptôme qui n'a pas été mentionné(e) ci dessus ?                                                                                                                                                            |  |  |  |  |
| 12 | Etes-vous actuellement sous surveillance médicale (traitement, soins médicaux) et/ou prenez-vous des médicaments prescrits par un médecin (autres que contraceptifs) ?                                                                                          |  |  |  |  |
| 13 | Avez-vous été et/ou devez vous être hospitalisé(e) pour une intervention chirurgicale, une maladie ou autre (à l'exclusion toutefois d'une césarienne ou de l'ablation de l'appendice, des varices, des amygdales, végétations et/ou de la vésicule biliaire) ? |  |  |  |  |
| 14 | Etes-vous enceinte ?                                                                                                                                                                                                                                            |  |  |  |  |
| 15 | Un traitement dentaire est-il en cours ou prévu dans les 24 prochains mois ?                                                                                                                                                                                    |  |  |  |  |
| 16 | Poids (kg)                                                                                                                                                                                                                                                      |  |  |  |  |
| 17 | Taille (cm)                                                                                                                                                                                                                                                     |  |  |  |  |

### Déclaration

Je déclare par la présente que les informations données ci-dessus sont exactes, complètes, raisonnables et sincères. Je suis informé(e) et accepte que les conséquences qui pourraient résulter d'une omission volontaire ou d'une fausse déclaration peuvent entraîner l'annulation immédiate de mon régime de protection sociale.

Je suis informé(e) que la loi relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, s'applique aux réponses faites à ce bulletin d'affiliation. Elle garantit le droit d'accès et de rectification, pour les données me concernant, auprès de Swiss Global Insurance. J'autorise l'Assureur de Swiss Global Insurance à communiquer ces informations à leurs mandataires.

J'accepte les termes et conditions d'applications et demande à être affilié(e) au programme d'assurance qui compose le régime Swiss Global Insurance.

Date: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Signature de l'adhérent: \_\_\_\_\_  
(précédé de la mention « Lu et Approuvé »)

|                                                               | Question Numéro ? | Type de maladie, drogue, blessure, symptôme, examens, (quel était le diagnostic ?) | Traitement De - à Mois - Année | Nom & Adresse du médecin ou qui peuvent donner de plus amples informations | Quand le traitement ou les symptômes ont cessés |
|---------------------------------------------------------------|-------------------|------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|
| A<br>S<br>S<br>U<br>R<br>É                                    |                   |                                                                                    |                                |                                                                            |                                                 |
| B<br>É<br>N<br>É<br>F<br>I<br>C<br>I<br>A<br>I<br>R<br>E<br>1 |                   |                                                                                    |                                |                                                                            |                                                 |
| B<br>É<br>N<br>É<br>F<br>I<br>C<br>I<br>A<br>I<br>R<br>E<br>2 |                   |                                                                                    |                                |                                                                            |                                                 |
| B<br>É<br>N<br>É<br>F<br>I<br>C<br>I<br>A<br>I<br>R<br>E<br>3 |                   |                                                                                    |                                |                                                                            |                                                 |
| B<br>É<br>N<br>É<br>F<br>I<br>C<br>I<br>A<br>I<br>R<br>E<br>4 |                   |                                                                                    |                                |                                                                            |                                                 |

### Notice sur les fraudes

Toute personne qui (1) remplit de façon malhonnête une demande d'assurance ou de remboursement sous une police contenant des informations qu'il sait être fausses ou trompeuses; ou qui (2) en faisant une demande d'assurance ou de remboursement sous une police omet malhonnêtement de divulguer les informations demandées, peut commettre une fraude. Nous investiguerons toutes demandes de remboursement ou d'assurance semblant à raison frauduleuses. La fraude pourra entraîner la résiliation de votre police et le non-paiement des demandes de remboursement faites sous celle-ci. Nous nous réservons le droit, afin de détecter et prévenir une quelconque fraude, de partager des informations relatives à des suspicions de fraude avec d'autres compagnies d'assurance et/ou avec les autorités judiciaires.

### Déclaration

Je déclare par la présente que les informations données ci-dessus sont exactes, complètes, raisonnables et sincères. Je suis informé(e) et accepte que les conséquences qui pourraient résulter d'une omission volontaire ou d'une fausse déclaration peuvent entraîner l'annulation immédiate de mon régime de protection sociale.

Je suis informé(e) que la loi relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, s'applique aux réponses faites à ce bulletin d'affiliation. Elle garantit le droit d'accès et de rectification, pour les données me concernant, auprès de Swiss Global Insurance. J'autorise l'Assureur de Swiss Global Insurance à communiquer ces informations à leurs mandataires.

J'accepte les termes et conditions d'applications et demande à être affilié(e) au programme d'assurance qui compose le régime Swiss Global Insurance.

Date: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Signature de l'adhérent: \_\_\_\_\_  
(précédé de la mention « Lu et Approuvé »)

## AUTHORISATION DE DEBIT

### Adresse sous laquelle la carte de crédit a été émise

Rue: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ville: \_\_\_\_\_

Case Postale: \_\_\_\_\_

Pays: \_\_\_\_\_

## PAIEMENT DES PRIMES

Fréquence du paiement:  Trimestriel  Semestriel  Annuel

Paiement par:  Visa  Mastercard

Numéro de carte: \_\_\_\_\_ Valable au: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ CVC: \_\_\_\_\_

Nom du titulaire de la carte: \_\_\_\_\_

veuillez écrire le nom exactement comme imprimé sur la carte

## DECLARATION D'AUTHORISATION DE DEBIT

J'autorise, par la présente, SGI SA de débiter ma carte de crédit pour des montants non spécifiés correspondants aux paiements de mon actuelle prime ainsi qu'a son renouvellement, lorsque celles ci sont dues et cela jusqu'à nouvel ordre. Je comprends bien que SGI SA me communiquera les préavis des renouvellements et que les primes peuvent varier d'année en année.

J'accepte que les paiements par carte de crédit soient soumis à des frais de 3% par transaction.

Date: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Signature du titulaire de la carte: \_\_\_\_\_