

FORMULAIRE D'ADHÉSION EMPLOYEUR GROUPE



POUR GROUPE - COORDONNÉES DE L'INTERMÉDIAIRE/COURTIER

Société intermédiaire:

Numéro de fax:

Adresse email:

Nom de l'intermédiaire
/courtier en assurance:

Signature et cachet de l'intermédiaire en assurance:

Numéro de téléphone:

À remplir par l'employeur (le titulaire de la police d'assurance).

Veuillez remplir ce formulaire en utilisant des MAJUSCULES. Une fausse déclaration faite délibérément ou par négligence de votre part peut entraîner l'annulation de votre adhésion. Si vous faites une fausse déclaration par négligence, nous pouvons annuler votre police d'assurance ou bien refuser ou réduire le paiement de vos dépenses de soins. Une fausse déclaration est considérée comme étant une déclaration basée sur des faits inexacts contrevenant aux termes contractuels de la police d'assurance mise en place par nos soins. Vous devez vous assurer que vous remplissez votre demande avec soin, précision et équité. Nous vous conseillons de conserver une trace de toutes les informations que vous nous fournissez dans le cadre de cette déclaration. Si, après avoir rempli votre formulaire et jusqu'au jour précédent notre acceptation écrite de votre demande d'adhésion, du paiement de la prime ou de votre date d'effet/d'entrée, vous devez nous informer par écrit de tout changement affectant les informations déclarées dans ce formulaire comme un changement dans l'état de santé de l'un de vos employés, . Nous nous réservons le droit de refuser ou d'accepter votre demande ou bien de l'accepter sous conditions spécifiques. Veuillez nous transmettre votre formulaire de déclaration dûment rempli ainsi que votre registre du commerce ou licence (si vous exercez une activité réglementée) via votre intermédiaire, ou directement à Think Insurcare. Vous pouvez également le scanner et l'envoyer par e-mail à : team@thinkinsurtech.com

DATE D'EFFET

Après que nous ayons reçu votre formulaire de demande d'adhésion, votre police d'assurance ne prendra effet que lorsque vous aurez au préalable accepté toutes nos conditions générales et que nous ayons reçu le montant correct de la prime due. Vous pouvez demander à ce que la couverture prenne effet à une date ultérieure dans les 60 jours suivant la date à laquelle vous avez rempli ce formulaire de demande d'adhésion.

La date d'effet de la police d'assurance (jj/mm/aaaa) :

COORDONNÉES DE L'ENTREPRISE

Nom de l'entreprise :

Adresse de l'entreprise :

Numéro de registre du commerce ou licence
(si vous exercez une activité réglementée) de l'entreprise :

Autres activités/filiales dans d'autres pays :

Site internet de l'entreprise :

Type d'activité :

Avez-vous à déclarer des personnes politiquement exposées au sein de la société, notamment en lien avec une partie liée à la société ou encore un employé ou un membre de sa famille ou un proche collaborateur ? Une partie liée à la société, ou un employé, ou un membre de sa famille ou un proche est-il directement une personne politiquement exposée ?

OUI ☐ NON ☐

L'ensemble des administrateurs de la société sont-ils inclus dans la demande d'adhésion ? (Si non, veuillez énumérer tous les administrateurs supplémentaires)

OUI ☐ NON ☐

L'ensemble des actionnaires / bénéficiaire unique de la société est-il inclus dans la demande d'adhésion ? (Si ce n'est pas le cas, veuillez dresser la liste de tous les actionnaires) (c'est-à-dire les personnes physiques détenant plus de 5%):

OUI ☐ NON ☐

COORDONNEES DE L'ADMINISTRATION DE LA POLICE D'ASSURANCE

Prénoms (s):

Nom de famille:

Titre du poste:

Adresse (si différente de l'adresse ci-dessus):

Téléphone:

Numéro de mobile:

Adresse électronique email:

PARAMÈTRES D'ÉMISSION DE DOCUMENTS

- Vous pouvez utiliser le portefeuille en ligne sécurisé Henner pour consulter et télécharger les documents relatifs à votre police d'assurance, y compris le certificat d'assurance.
- Vous pouvez utiliser le portefeuille en ligne sécurisé Henner pour télécharger votre carte de membre virtuelle.
- Ajoutez votre carte de membre à votre portefeuille de smartphone avec l'application mobile Henner.

CHOIX DU PLAN & OPTIONS

Pour des informations détaillées sur les choix de régimes de groupe disponibles, veuillez vous reporter au tableau des garanties de la gamme de plans ThinkCare. Veuillez indiquer votre choix de plan, ainsi que de la franchise et toute option additionnelle.

Sélectionnez votre zone de couverture

☐ Zone 1* ☐ Zone 2* ☐ Zone 3*

Zone de couverture:

Zone 1 Africa Afrique, Sous-continent indien, Jordanie, Liban & Philippines, Algérie , Angola, Bénin, Botswana, Burkina Fasso, Burundi, Cap Vert, Cameroun, Centrafrique, Tchad, Comores , République démocratique du Congo,, République du Congo, , Côte d'Ivoire, Djibouti, Egypte , Guinée Équatoriale, Erythrée , Eswatini (anciennement le Swaziland), Ethiopie, Gabon, Gambie, Ghana, Guinée, Guinée-Bissau, Kenya, Lesotho, Libéria, Libye, Madagascar, Malawi, Mali, Mauritanie, Île Maurice, Maroc, Mozambique, Namibie, Niger, Nigéria, Rwanda, Sao Tomé-et-Principe , Sénégal, Seychelles, Sierra Leone, Somalie, Afrique du Sud, Sud Soudan, Soudan, Tanzanie, Togo, Tunisie, Ouganda, Zambie, Zimbabwe, Inde, Pakistan, Bangladesh, Kazakhstan.

Zone 2 Europe: Russie , Ukraine, France, Espagne, Suède, Norvège, Allemagne, Finlande, Pologne, Italie, Roumanie, Biélorussie, Grèce, Bulgarie , Islande Hongrie , Portugal, Autriche, République Tchèque, Serbie , Irlande, Lituanie , Lettonie, Croatie, Bosnie Herzégovine, Slovaquie, Estonie , Danemark, Pays Bas , Moldavie, Belgique , Arménie, Albanie , Macédoine du Nord, Turquie , Slovénie, Monténégro , Kosovo, Azerbaïdjan, Chypre, Luxembourg, Géorgie, Andorre, Malte, Liechtenstein, San Marin , Monaco, Vatican.

Zone 3 Worldwide excl. USA: Reste du monde incluant les Zone 1 & 2 ainsi que les Emirats Arabes Unis, Royaume-Uni, Suisse, Chine, Hong-Kong, Singapour, Japon & Canada.

Sélectionnez votre plan



ThinkCare
Major Risk



ThinkCare
Major Risk +



ThinkCare
Secure



ThinkCare
Comprehensive



ThinkCare
Comprehensive +

Sélectionnez votre devis



EURO



USD



Complémentaire CFE EURO

COORDONNEES DE L'ADMINISTRATEUR DE LA POLICE D'ASSURANCE

OPTIONS	THINKCARE MAJOR RISK	THINKCARE MAJOR RISK +	THINK CARE SECURE	THINKCARE COMPREHENSIVE	THINKCARE COMPREHENSIVE +
€/ \$ 1 000 Franchise annuelle		N/A	N/A	N/A	N/A
€/ \$ 2 500 Franchise annuelle		N/A	N/A	N/A	N/A
€/ \$ 5 000 Franchise annuelle		N/A	N/A	N/A	N/A
10% Co-paiement sur frais ambulatoires	N/A				
20% Co-paiement sur frais ambulatoires	N/A				
Forfait Maternité	N/A	N/A	N/A	N/A	

MODE DE PAIEMENT

Il n'est pas nécessaire de remplir cette section si vous faites une demande dans le cadre d'un régime collectif et si votre employeur paie la prime.
Aucun paiement ne doit être effectué tant que vous n'avez pas été informé de votre numéro de police.

Devise de paiement

Merci de noter que la devise de paiement est en

☐ EURO ☐ USD

Fréquence et mode de paiement

Les paiements sont soumis aux frais administratifs supplémentaires suivants : 0% pour un paiement annuel, 2% pour un paiement semestriel, 3% pour un paiement trimestriel et 5% pour un paiement mensuel.

Merci de cocher la case pour indiquer votre fréquence et mode de paiement

	Annuel	Semestriel	Trimestriel	Mensuel
Prélèvement SEPA	☐	☐	☐	☐
Carte de crédit	☐	☐	☐	☐
Transfert bancaire	☐	☐	Non disponible	Non disponible

*Si vous choisissez de payer par Prélèvement SEPA, veuillez remplir et soumettre le mandat approprié disponible auprès de : À DÉFINIR.

Veuillez noter que si vous êtes membre d'un régime collectif et que vous souhaitez payer par Prélèvement SEPA, la fréquence de paiement mensuelle doit être sélectionnée.

MODALITÉS DE SOUSCRIPTION ET LISTE DES ASSURÉS

☐ **Souscription médicale complète avec demande soumise à l'acceptation de l'assureur du questionnaire médical**

☐ **Souscription sans prise en compte des antécédents médicaux sans questionnaire médical mais avec une déclaration médicale de l'employeur.**

La souscription médicale complète est le processus par lequel les tarificateurs évaluent les détails déclarés pour décider si des conditions spéciales s'appliquent. Tous les membres (employés et personnes à charge admissibles) doivent alors remplir un formulaire de demande d'adhésion ThinkCare pour les employés de groupe et nous le faire parvenir.

L'exclusion des antécédents médicaux signifie que nous pouvons couvrir vos employés sans leur poser de questions détaillées sur leurs antécédents médicaux. La MHD est disponible pour les groupes obligatoires de 10 employés ou plus.

Nous requérons la liste complète des membres comme suit, incluant les détails pour chaque personne à couvrir. Merci de compléter une feuille de calcul excel comme suit et de l'envoyer avec le formulaire d'adhésion groupe ainsi que le formulaire KYC.

01. Prénom(s)
02. Nom de famille
03. Sexe
04. Date de naissance (jj/mm/aaaa)
05. Profession
06. Catégorie d'emploi
07. Date d'ajout à la police d'assurance (jj/mm/aaaa)
08. Pays de résidence
09. Nationalité
10. Adresse électronique
11. Numéro de portable
12. Lien de parenté avec l'assuré principal
13. Personnes à charge à inclure
14. Date de début d'emploi (employés seulement)

Si les choix de couverture varient en fonction du poste occupé par l'employé et qu'il y a plus de cinq employés pour chaque catégorie, veuillez fournir la liste des employés et des ayant-droits en question. Pour les personnes à charge âgées de 18 à 26 ans, nous pouvons exiger une confirmation écrite de leur lieu d'étude attestant qu'ils suivent des études à plein temps. Nous nous réservons le droit d'ajuster la prime en cas de requalification d'un groupe assuré sur une base volontaire alors qu'il devait relever d'un régime obligatoire pour tous les employés. Les devis sont valables pendant 30 jours, sous réserve que les détails ci-dessus restent inchangés, et sont émis conformément aux conditions générales et aux exclusions du produit ThinkCare. Les primes proposées ont été calculées en fonction de l'âge de chaque personne à la date du devis. Les primes peuvent être modifiées si l'âge d'une personne augmente avant la date de début effective de votre plan ThinkCare. La couverture ne prendra effet que lorsque vous aurez accepté l'ensemble de nos conditions générales après réception de ce formulaire de demande d'adhésion et que nous aurons reçu la prime correspondante.

CONSENTEMENT AU TRAITEMENT DES DONNÉES PERSONNELLES

En signant et en retournant ce formulaire, vous indiquez que vous avez le pouvoir de donner votre consentement au nom des membres de votre famille couverts par ce programme d'assurance (le cas échéant) et que vous consentez, pour vous-même et en leur nom, à l'utilisation des renseignements personnels comme indiqué ci-dessous.

Votre police d'assurance est souscrite auprès d'Axa Mansard, une filiale d'Axa Global. Nous sommes habilités à recueillir des informations sur vous et les membres de votre famille assurés qui sont couverts par ce plan auprès de vous et d'eux, de vos/leurs prestataires de soins de santé, de votre intermédiaire ou courtier d'assurance si vous en avez un et de tiers fournisseurs d'informations.

Nous traitons vos/leurs informations principalement pour gérer votre/leur adhésion et leurs demandes de remboursement, y compris pour enquêter sur les fraudes. Nous avons également l'obligation légale de prendre des mesures telles que le signalement d'un crime présumé aux forces de l'ordre. Nous devons également traiter certaines données afin d'améliorer notre approche commerciale en termes de recherche, d'en savoir plus sur vous, notamment en termes d'analyse statistique ayant un impact sur notre approche marketing et notre outil de tarification.

Nous pouvons divulguer les informations à un ou plusieurs tiers afin de :

- Gérer vos/leurs demandes de remboursement, par exemple, et pour traiter avec leurs médecins.
- Faciliter l'octroi de prestations ou gérer autrement votre police avec votre intermédiaire ou courtier d'assurance.
- Nous aider à prévenir et à détecter les délits et les fautes médicales en interagissant avec d'autres assureurs et organismes compétents.

Afin de gérer votre police, nous pouvons transférer et accéder à vos données et à celles des personnes à votre charge depuis des pays du monde entier. Avant de procéder, nous nous assurons que vos données sont strictement protégées et ne sont divulguées qu'aux personnes autorisées à gérer votre police ou vos sinistres. Tout transfert interne de vos données ne sera effectué que conformément aux lois et règlements applicables en matière de protection des données.

Nous tenons à vous garantir que nous ne vendrons jamais les informations personnelles de nos membres à des tiers. Nous n'utiliserons vos informations que dans le strict respect des lois et règlements relatifs à la protection des données, en limitant nos données au minimum nécessaire.

Vous avez le droit de retirer votre consentement, mais dans ce cas, il se pourrait que nous ne puissions plus être en mesure de traiter les demandes d'indemnisation ou de gérer votre programme d'assurance correctement.

Nous nous engageons également à vous informer si une violation de données se produit et si vos données personnelles et médicales sont divulguées à des parties non autorisées. La notification sera fournie dans les 72 heures suivant la confirmation de l'incident.

Dans certains cas, vous pouvez également nous demander de cesser de traiter vos données ou nous indiquer que vous ne souhaitez plus recevoir certaines informations de notre part, comme des communications à caractère commercial. Vous pouvez également demander une copie des données dont nous avons la garde et corriger toute information qui pourrait sembler erronée.

VOTRE DÉCLARATION

a) Je déclare que :

- au mieux de mes connaissances et de mes convictions, toutes les informations mentionnées dans ce formulaire de demande sont soumises de manière complète, véridique et correcte.
- Je lirai le document de police lorsqu'il me sera remis et j'accepte les conditions générales, sauf si j'annule l'inscription dans les 14 jours suivant l'acceptation de ma demande.

b) J'accepte que l'acceptation de ma demande se fasse sur la base de toutes ces informations.

c) Je comprends que s'il y a des changements dans les informations fournies, avant la date d'entrée en vigueur de ma/notre police, je dois vous en informer immédiatement par écrit.

d) Je comprends qu'une fois la police entrée en vigueur, vous ne paierez pas le traitement d'un état médical (ou d'un état médical connexe) dont le(s) demandeur(s) était(étaient) déjà atteint(s) au moment de l'adhésion, à moins qu'il(s) ne soit(soient) pleinement divulgué(s) dans la présente demande et que vous ne l'acceptiez. Cela inclut tout problème de santé ou symptôme, qu'il soit traité ou non, et tout problème de santé antérieur qui réapparaît, ou dont j'aurais raisonnablement dû avoir connaissance même si je n'avais pas consulté de médecin.

e) Je comprends qu'en tant que titulaire de la police, toutes les correspondances relatives à cette demande, y compris les correspondances relatives aux demandes de remboursement, me seront envoyées, sauf indication contraire de ma part. Je comprends également que les documents relatifs à la police, les communications écrites et les détails de l'adhésion seront établis en anglais, à moins que vous et moi n'ayons spécifiquement convenu, par écrit, de communiquer dans une autre langue.

f) Je comprends que certains pays exigent de leurs résidents, qu'ils soient expatriés ou non, qu'ils souscrivent une couverture santé auprès d'un prestataire local ou qu'ils détiennent une couverture répondant à certaines exigences obligatoires et que la couverture fournie par vous peut ne pas répondre à ces exigences spécifiques au pays et qu'une couverture supplémentaire peut donc être nécessaire. Je comprends également que dans certaines situations, il peut y avoir des conséquences sous forme de pénalités fiscales ou autres lorsqu'un résident ne détient pas la couverture locale requise en plus de sa police d'assurance médicale internationale. Si j'ai des doutes quant à l'existence d'exigences supplémentaires en matière de couverture dans mon principal pays de résidence (tel que défini dans la section 1 Vos données personnelles), je comprends qu'il sera de ma responsabilité de vérifier auprès des autorités locales s'il existe d'autres exigences en matière de soins de santé auxquelles je dois me conformer.

g) En signant et en renvoyant ce formulaire, je confirme que toutes les informations déclarées dans cette demande sont exactes et que j'ai le pouvoir de signature de la police d'assurance.

h) J'accepte la déclaration ci-dessus et je comprends que la couverture est mise en place conformément aux termes et conditions de l'accord sur les avantages sociaux des employés de Think Insurtech.

Signature (Responsable/Administrateur de la police d'assurance) :

Date (jj/mm/aaaa) :

« ThinkCare », « ThinkInsurCare », "Think Insurtech est une société de courtage française enregistrée sous le numéro Orias 22002636 avec une responsabilité professionnelle et des garanties financières conformément à l'article L-530-1 et L-5310-2 du Code des assurances français. Les prestations médicales sont couvertes par Axa Mansard Health Limited immatriculée au Nigéria - RC 487419 - 84b, Ozumba Mbadiwe Street, Victoria Island, Lagos, Nigéria, et dans leur ensemble assurées, avec l'assistance médicale, par Axa Global."