Formulaire de souscription pour entreprises
Corporate healthcare application

Souscrit par SiriusPoint International Insurance Corporation
Underwritten by SiriusPoint International Insurance Corporation

ALC GLOBAL HEALTH INSURANCE
AN IMG COMPANY

Remplir ce formulaire
Filling out this form

- Utilisez ce formulaire pour souscrire à nos cinq plans d'assurance médicale Global Prima Medical Insurance®.
- Use this form to apply for our five Global Prima Medical Insurance plans.
- Vous devez prendre soin de répondre à toutes les questions suivantes qui nous sont utiles pour vous fournir cette assurance et fixer les conditions et la prime. Veuillez nous contacter si vous ne comprenez pas la question ou la nature des informations demandées ou demandez conseil à votre courtier. Ne pas fournir d'informations ou fournir des informations incomplètes ou inexactes peut entraîner la perte de la couverture ou d'autres recours. N'oubliez pas de signer la déclaration à la page 4.
- You must take care in answering all the following questions which are relevant to us in providing this insurance and setting the terms and premium. Please contact us if you do not understand the question or the nature of the information required or please seek guidance from your broker. Failure to provide information or the provision of incomplete or inaccurate information may result in the loss of cover or other remedies. Remember to sign the Declaration on page 4.
- Veuillez écrire clairement en lettres majuscules.
- Please write clearly using capital letters.
- Si vous avez des questions, contactez-nous au +44 (0) 1903 817970 (Royaume-Uni).
- If you have any questions, call us on +44 (0) 1903 817970 (UK).
- Si vous souhaitez obtenir une copie de ce formulaire de souscription, veuillez-nous en informer dans les trois mois.
- If you'd like a copy of this application form, please let us know within 3 months.

Quelle est la prochaine étape ?
What's next?

- Renvoyez-nous le formulaire rempli en utilisant **une** de ces options :
- Send your completed form back to us using **one** of these options:
  - **Email:** salesintl@imglobal.com
  - **Adresse postale :** ALC Heath 3e étage, Fitzalan House, Fitzalan Court, Cardiff, CF24 0EL Royaume-Uni
  - **Post:** IMG, 3rd Floor, Fitzalan House, Fitzalan Court, Cardiff, CF24 0EL, United Kingdom
- Nous vous écrirons pour vous faire part de nos conditions et vous demanderons de payer dans un délai de 5 jours ouvrables.
- We'll write to you with your terms and requesting payment within 5 working days.
- Une fois que nous aurons reçu votre paiement, nous vous enverrons les documents relatifs à votre police d'assurance.
- Then, once we've received your payment, we'll send your policy documentation.

1 Choix du niveau de couverture
Choosing your level of cover

Veuillez sélectionner **les plans** ci-dessous pour la couverture de toutes les personnes figurant sur ce formulaire de souscription, puis cochez les cases pour choisir votre niveau de couverture. Pour plus d'infos sur nos plans, allez sur **www.alchealth.com** ou scannez simplement ce code avec votre smartphone →
Please select **the plans** below to cover everyone on this application, then tick the boxes to choose your level of cover.
For more information on our plans, visit **www.alchealth.com** or simply scan this code with your smartphone →

☐ BRONZE	☐ BRONZE PLUS	☐ ARGENT/SILVER	☐ OR / GOLD	☐ PLATINE /PLATINUM
☑ Traitement en hospitalisation, en hospitalisation de jour et en ambulatoire In-patient, day-patient, and out-patient treatment	☑ Traitement en hospitalisation, en hospitalisation de jour et en ambulatoire In-patient, day-patient, and out-patient treatment	☑ Traitement en hospitalisation, en hospitalisation de jour et en ambulatoire In-patient, day-patient, and out-patient treatment	☑ Traitement en hospitalisation, en hospitalisation de jour et en ambulatoire In-patient, day-patient, and out-patient treatment	☑ Traitement en hospitalisation, en hospitalisation de jour et en ambulatoire In-patient, day-patient, and out-patient treatment
☑ Évacuation sanitaire ou rapatriement Evacuation or Repatriation	☑ Évacuation sanitaire ou rapatriement Evacuation or Repatriation	☑ Évacuation sanitaire ou rapatriement Evacuation or Repatriation	☑ Évacuation sanitaire ou rapatriement Evacuation or Repatriation	☑ Évacuation sanitaire ou rapatriement Evacuation or Repatriation
Limite prestation grossesse et accouchement* ordinaires Routine Pregnancy & Childbirth limit*:	Limite prestation grossesse et accouchement* ordinaires Routine Pregnancy & Childbirth limit*:	Limite prestation grossesse et accouchement* ordinaires Routine Pregnancy & Childbirth limit*:	Limite prestation grossesse et accouchement* ordinaires Routine Pregnancy & Childbirth limit*:	Limite prestation grossesse et accouchement* ordinaires Routine Pregnancy & Childbirth limit*:
☐ N/A	☐ N/A	☐ N/A	☐ N/A	☐ N/A
☐ £5,000/€5,000/US$5,000	☐ £5,000/€5,000/US$5,000	☐ £5,000/€5,000/US$5,000	☐ £5,000/€5,000/US$5,000	☐ £5,000/€5,000/US$5,000
☐ £10,000/€10,000/US$10,000	☐ £10,000/€10,000/US$10,000	☐ £10,000/€10,000/US$10,000	☐ £10,000/€10,000/US$10,000	☐ £10,000/€10,000/US$10,000
☐ £20,000/€20,000/US$20,000	☐ £20,000/€20,000/US$20,000	☐ £20,000/€20,000/US$20,000	☐ £20,000/€20,000/US$20,000	☐ £20,000/€20,000/US$20,000
Soins dentaires Dental Treatment Limit	Soins dentaires Dental Treatment Limit	Soins dentaires Dental Treatment Limit	Soins dentaires Dental Treatment Limit	Soins dentaires Dental Treatment Limit
☐ N/A	☐ N/A	☐ N/A	☐ N/A	☐ N/A
☐ £1,000/€1,000/US$1,000	☐ £1,000/€1,000/US$1,000	☐ £1,000/€1,000/US$1,000	☐ £1,000/€1,000/US$1,000	☐ £1,000/€1,000/US$1,000
☐ £2,000/€2,000/US$2,000	☐ £2,000/€2,000/US$2,000	☐ £2,000/€2,000/US$2,000	☐ £2,000/€2,000/US$2,000	☐ £2,000/€2,000/US$2,000
Zone de couverture : / Area of cover:				
☐ Zone 1 - Europe Area 1 – Europe ☐ Zone 2 - Monde entier, exceptés les États-Unis et tous les territoires américains Area 2 – Worldwide excluding USA and any USA territories. ☐ Zone 3 - Monde entier Area 3 - Worldwide	☐ Zone 1 - Europe Area 1 – Europe ☐ Zone 2 - Monde entier, exceptés les États-Unis et tous les territoires américains Area 2 – Worldwide excluding USA and any USA territories. ☐ Zone 3 - Monde entier Area 3 - Worldwide	☐ Zone 1 - Europe Area 1 – Europe ☐ Zone 2 - Monde entier, exceptés les États-Unis et tous les territoires américains Area 2 – Worldwide excluding USA and any USA territories. ☐ Zone 3 - Monde entier Area 3 - Worldwide	☐ Zone 1 - Europe Area 1 – Europe ☐ Zone 2 - Monde entier, exceptés les États-Unis et tous les territoires américains Area 2 – Worldwide excluding USA and any USA territories. ☐ Zone 3 - Monde entier Area 3 - Worldwide	☐ Zone 1 - Europe Area 1 – Europe ☐ Zone 2 - Monde entier, exceptés les États-Unis et tous les territoires américains Area 2 – Worldwide excluding USA and any USA territories. ☐ Zone 3 - Monde entier Area 3 - Worldwide

Dans quelle devise souhaitez-vous payer votre prime ? Les prestations de votre police seront également libellées dans cette devise. **In which currency would you like to pay your premium?** Your policy benefits will also be in this currency.

☐ GB£ ☐ Euro€ ☐ US$

Quel est le montant de la franchise que vous souhaitez payer ? La franchise est calculée par personne et par année d'assurance et ne s'applique pas aux options Grossesse et accouchement ordinaires, Soins dentaires, Évacuation sanitaire ou rapatriement, Bien-être, Optique et Vaccinations. Pour réduire le montant de votre prime, choisissez une franchise plus élevée.
How much excess would you like to pay? Excess is per person per policy year and does not apply to Routine Pregnancy & Childbirth and Dental Treatment options, Evacuation or Repatriation, Well-being, Optical and Vaccinations benefits. To reduce your premium amount, choose a higher policy excess.

☐ Néant / Nil	☐ £50/€50/US$50	☐ £150/€150/US$150	☐ £300/€300/US$300
☐ £500/€500/US$500	☐ £1,000/€1,000/US$1,000	☐ £2,500/€2,500/US$2,500	☐ £5,000/€5,000 /US$5,000
☐ £7,500/€7,500/US$7,500			

Comment souhaitez-vous payer votre prime ? Nous vous enverrons les détails après validation de votre demande de sous.
How would you like to pay your premium? We'll send details following acceptance of your application.

☐ Annuelle / Annually	→ Virement bancaire / Bank Transfer
☐ Trimestrielle / Quarterly	→ Virement bancaire / Bank Transfer
☐ Mensuelle / Monthly	→ Virement bancaire / Bank Transfer

*Si la garantie optionnelle pour la grossesse et l'accouchement de routine est sélectionnée pour la couverture familiale, elle sera appliquée à toutes les femmes incluses dans cette police âgées de 18 à 54 ans.
*If the optional benefit for routine pregnancy and childbirth is selected for family cover it will be applied to all females included in this policy aged 18 to 54.

2 À propos de l'entreprise (souscripteur)
About the company (Policyholder)

Coordonnées de l'entreprise / Company details

Nom commercial complet de l'entreprise / Full company trading name

Adresse à indiquer sur la police / Address to be shown on policy

Code postal :
Postcode:

Pays
Country

Adresse de correspondance (si différente) / Correspondence address (if different)

Code postal :
Postcode:

Pays
Country

Site Internet / Website address

Secteur d'activité / Industry

Coordonnées de l'administrateur du groupe
Group administrator details

Indiquez les coordonnées de la personne responsable de l'administration de cette police, y compris de la notification de tout changement concernant les personnes assurées au titre de cette police.
Give the details of the person responsible for the administration of this policy, including notification of any changes to the people insured under this policy.

Nom de l'administrateur du groupe / Name of group administrator

Titre/fonction /Title/position

Téléphone / Telephone

Fax

Adresse électronique / Email address

Antécédents médicaux / Medical history

Quelles sont les conditions de souscription requises ?
Which underwriting terms are required?

- ☐ Non prise en compte des antécédents médicaux (MHD pour plus de 10 employés)
  Medical History Disregarded (MHD for over 10 employees)
- ☐ Souscription médicale complète (FMU)*
  Full Medical Underwriting (FMU)*
- ☐ Moratoire (Mori)
  Moratorium (Mori)
- ☐ Plan Bronze
  Bronze Plan
- ☐ Transfert d'un autre assureur (CPME)**
  Transfer from another insurer (CPME)**

Au cours de l'année écoulée, un employé couvert par cette police a-t-il fait l'objet d'un arrêt de travail pour une raison médicale quelconque pendant plus de deux semaines ?
Has any employee on this policy been signed off work for any medical reason for a period of more than two weeks in the past year? ☐ Oui / Yes ☐ Non/ No

À votre connaissance, au cours des 5 dernières années, un membre de cette police a-t-il été diagnostiqué ou a-t-il reçu une forme quelconque de traitement/consultation pour une maladie cardiaque, un cancer, un accident vasculaire cérébral, un diabète, une anxiété, une dépression, des troubles psychiatriques, des troubles lombaires ou un trouble du système immunitaire ?
To the best of your knowledge, in the past 5 years has any member on this policy been diagnosed with, or received any form of treatment/consultation for a heart condition, cancer, stroke, diabetes, anxiety, depression, psychiatric, back issues or an immune system disorder. ☐ Oui / Yes ☐ Non/ No

À votre connaissance, l'un des membres de cette police souffre-t-il d'une maladie susceptible d'entraîner une hospitalisation ?
To the best of your knowledge, does any member on this policy have any medical condition that is likely to result in the need for an in-patient stay in hospital? ☐ Oui / Yes ☐ Non/ No

Si vous avez répondu par l'affirmative à l'une des questions ci-dessus, veuillez donner tous les détails à la page 3, dans la section « Déclaration de maladie ».
If you have answered yes to any of the questions above, please give full details on page 3 under the section Declaring Illnesses.

*En plus de répondre aux trois questions ci-dessus, si vous demandez une souscription médicale complète, vous devrez fournir une déclaration de santé individuelle.
*As well as completing the above three questions, if applying for Full Medical Underwriting individual health declaration will be required.
**Si quelqu'un est transféré d'un autre assureur (CPME), il ne doit pas y avoir d'interruption de la couverture et des copies du certificat d'assurance actuel de chaque membre seront exigées. En outre, si un groupe compte moins de 10 salariés, une déclaration de santé individuelle sera exigée.
**If anyone is transferring from another insurer (CPME) there must be no break in cover and copies of each member's current Certificate of Insurance will be required. In addition, where a scheme has less than 10 employees individual health declaration will be required.

Renseignements individuels / Individual details

Veuillez fournir une fiche de toutes les personnes (notamment les personnes à charge, le cas échéant) qui seront couvertes par cette police, en précisant leur :
Please supply a spreadsheet of all individuals (including dependants, where applicable) to be covered under this policy, stating their:

- ✓ Title / Titre
- ✓ First name / Prénom(s)
- ✓ Initial / Initiales
- ✓ Surname / Nom
- ✓ Gender / Genre
- ✓ Date de naissance (JJ-MM-AAAA)
  Date of birth (DD-MM-YYYY)
- ✓ Residential address / Adresse de résidence
- ✓ Country of residence / Pays de résidence
- ✓ Nationality / Nationalité
- ✓ Que ce soit un membre ou un partenaire/enfant d'un membre
  Whether they're a Member or a Partner / Child of a Member
- ✓ Employment Date / Date d'embauche
- ✓ Plan selected / Régime choisi

Si vous remplissez ce formulaire numériquement, vous pouvez joindre une fiche Microsoft Excel lorsque vous nous envoyez votre formulaire par courriel. Veuillez indiquer le nom commercial complet de votre entreprise dans le titre.
If you're completing this form digitally, you can attach a Microsoft Excel spreadsheet when you email your form to us. Please include your full company trading name in the title.

Admissibilité
Eligibility

Veuillez définir vos critères d'éligibilité et la catégorie de vos employés :
Please define your eligibility criteria and employee category:

Employés : Obligatoire ☐ Volontaire ☐
Employees: Compulsory ☐ Voluntary ☐

Personnes à charge : Obligatoire ☐ Volontaire ☐
Dependants: Compulsory ☐ Voluntary ☐

Nom de la catégorie, par exemple directeurs, cadres, employés en général Name of category e.g. directors, managers, general employees	Nombre/répartition des employés / personnes à charge éligibles Number/split of eligible employees / dependants	Nombre/répartition des employés / personnes à charge bénéficiant de la couverture Number/split of employees /dependants taking cover	Critères d'éligibilité, par exemple périodes d'essai/d'attente, grades des employés, etc. Eligibility criteria e.g. probation/wait periods, employee grades etc.

Tout employé ou personne à charge qui ne s'affilie pas au moment où il est éligible peut se voir demander de remplir une déclaration médicale et nous nous réservons le droit de proposer des conditions de souscription différentes.
Any employee or dependant who does not join when first eligible may be required to complete a medical declaration and we reserve the right to offer different underwriting terms.

Déclaration de maladie / Declaring illnesses

Si vous avez répondu **oui** à l'une des questions ci-dessus, veuillez donner tous les détails ici. Veuillez continuer sur une feuille distincte si nécessaire.
If you've answered **yes** to any of the questions above, you must give full details here. Please continue on a separate sheet if necessary.

Nom et prénom / Full name

État de santé, y compris le pronostic actuel
Medical condition, including current prognosis

Traitement, y compris les dates, les médicaments et les dosages
Treatment, including dates, drugs and dosages

Nom et prénom / Full name

État de santé, y compris le pronostic actuel
Medical condition, including current prognosis

Traitement, y compris les dates, les médicaments et les dosages
Treatment, including dates, drugs and dosages

3 Règlement général sur la protection des données (RGPD)
General Data Protection Regulation (GDPR)

Ceci n'est qu'une synthèse de la politique de confidentialité dE ALC Health's et de vos droits en vertu du RGPD. Pour une explication complète de la manière dont nous recueillons et utilisons vos informations personnelles et vos droits correspondants, veuillez consulter notre politique de confidentialité complète, disponible à l'adresse https://www.imglobal.com/intl/legal/privacy-policy This is only a summary of ALC Health's privacy policy and your rights under GDPR. For a complete explanation of how we gather and use your personal information and your corresponding rights, please review our complete Privacy Policy, which is available at https://www.imglobal.com/intl/legal/privacy-policy

ALC Health recueille de nombreux types d'informations pour un meilleur fonctionnement et aux fins de vous fournir les meilleurs produits, services et expériences possibles. Quelle que soit la source, nous pensons qu'il est important de traiter ces informations avec soin et de vous aider à protéger votre vie privée.
ALC Health collects many kinds of information in order to operate effectively and provide you the best products, services and experiences we can. Regardless of the source, we believe it is important to treat that information with care and to help you maintain your privacy.

Nous traitons vos données personnelles dans le cadre de notre intérêt légitime à vous fournir les services que vous avez souscrits. Cela comprend l'évaluation de votre demande, la gestion de votre police et le traitement des sinistres. De plus, nous nous appuyons sur des bases légales d'intérêt public important pour prévenir la fraude et garantir l'intégrité du secteur de l'assurance, sur des obligations légales de conformité aux réglementations et aux exigences de déclaration, et sur la nécessité contractuelle afin de vous fournir la couverture et les services décrits dans votre police.
We process your personal data as part of our legitimate interests to provide you with the services you have purchased. This includes assessing your application, managing your policy and handling claims. Additionally, we rely on the lawful bases of substantial public interest to prevent fraud and ensure the integrity of the insurance industry, legal obligations to comply with regulations and reporting requirements, and contractual necessity in order to provide you with the coverage and services outlined in your policy.

En donnant votre consentement en matière de marketing, nous pouvons recueillir des informations sur vous auprès de tiers pour nous aider à identifier les produits et services d'assurance susceptibles de vous intéresser, et partager des informations avec des tiers, tels que des outils d'analyse web, afin de vous envoyer des informations pertinentes et de futurs documents de marketing, ainsi qu'à toutes les autres fins énoncées dans notre politique de protection de la vie privée. Vous pouvez révoquer votre consentement à tout moment.
By providing marketing consent, we may gather information about you from third parties to help us identify insurance products and services in which you may have interest, and share information with third parties, such as web analytics tools, in order to send you relevant information and future marketing materials, and for all other purposes set forth in our Privacy Policy. You may withdraw your consent at any time.

Nous pouvons partager vos informations avec des tiers qui fournissent des services en notre nom pour nous aider dans nos activités commerciales. Ces sociétés sont autorisées à utiliser vos informations personnelles uniquement dans la mesure où cela est nécessaire pour nous fournir ces services. Lorsque nous partageons des informations avec ces autres sociétés pour qu'elles nous fournissent des services, elles ne sont pas autorisées à les utiliser à d'autres fins et doivent les garder confidentielles. Les services peuvent inclure :
We may share your information with third parties who provide services on our behalf to help with our business activities. These companies are authorized to use your personal information only as necessary to provide these services to us. When we share information with these other companies to provide services for us, they are not allowed to use it for any other purpose and must keep it confidential. These services may include:

- Traitement et gestion des demandes de remboursement
- Adjudicating and managing the claims process
- Traitement des paiements aux prestataires de soins de santé
- Payment processing to healthcare providers
- Fournitures de services à la clientèle
- Providing customer service

Dans certaines situations, ALC Health peut être tenu de divulguer des données à caractère personnel en réponse à des demandes légales émanant d'autorités publiques, notamment pour répondre à des exigences en matière de sécurité nationale ou d'application de la loi.
In certain situations, ALC Health may be required to disclose personal data in response to lawful requests by public authorities, including to meet national security or law enforcement requirements.

4 Avis de traitement équitable
Fair Processing Notice

Le présent avis de confidentialité décrit la façon dont SiriusPoint International Insurance Corporation (aux fins du présent avis, « nous », « notre » ou « l'assureur ») recueille et utilise les renseignements personnels des assurés, des postulants et d'autres parties (aux fins du présent avis, « vous ») lorsqu'elle fournit ses services d'assurance et de réassurance.
This Privacy Notice describes how SiriusPoint International Insurance Corporation (for the purpose of this notice "we", "us" or the "Insurer") collect and use the personal information of insureds, claimants and other parties (for the purpose of this notice "you") when we are providing our insurance and reinsurance services.

Les informations fournies à l'assureur, ainsi que les informations médicales et toute autre information obtenue de vous ou d'autres parties à votre sujet dans le cadre de la présente police, seront utilisées par l'assureur pour évaluer votre demande, gérer l'assurance (ce qui inclut le processus de souscription, l'administration, la gestion des sinistres, les analyses relatives à l'assurance, la réadaptation et le traitement des préoccupations des clients) et pour prévenir et détecter les fraudes. Nous pouvons être tenus par la loi de collecter certaines informations personnelles vous concernant, ou en conséquence de toute relation contractuelle que nous avons avec vous. Ne pas fournir ces informations peut empêcher ou retarder l'exécution de ces obligations.
The information provided to the Insurer, together with medical and any other information obtained from you or from other parties about you in connection with this policy, will be used by the Insurer for the purposes of determining your application, the operation of insurance (which includes the process of underwriting, administration, claims management, analytics relevant to insurance, rehabilitation and customer concerns handling) and fraud prevention and detection. We may be required by law to collect certain personal information about you, or as a consequence of any contractual relationship we have with you. Failure to provide this information may prevent or delay the fulfilment of these obligations.

À ces fins, l'assureur partagera des informations avec des sociétés du groupe et des assureurs, réassureurs, intermédiaires d'assurance et prestataires de services tiers. Ces parties peuvent devenir des contrôleurs de données en ce qui concerne vos informations personnelles. Étant donné que nous opérons dans le cadre d'une entreprise mondiale, nous pouvons transférer vos informations personnelles en dehors de l'Espace économique européen à ces fins.
Information will be shared by the Insurer for these purposes with group companies and third party insurers, reinsurers, insurance intermediaries and service providers. Such parties may become data controllers in respect of your personal information. Because we operate as part of a global business, we may transfer your personal information outside the European Economic Area for these purposes.

Vous disposez de certains droits concernant vos informations personnelles, sous réserve de la législation locale. Il s'agit notamment des droits de demander l'accès, la rectification, l'effacement, la restriction, l'objection et la réception de vos informations personnelles dans un format électronique utilisable et de les transmettre à un tiers (droit à la portabilité).
You have certain rights regarding your personal information, subject to local law. These include the rights to request access, rectification, erasure, restriction, objection and receipt of your personal information in a usable electronic format and to transmit it to a third party (right to portability).

Si vous avez des questions ou des préoccupations concernant la manière dont vos informations personnelles ont été utilisées, veuillez contacter : DPOLondon@siriuspt.com
If you have questions or concerns regarding the way in which your personal information has been used, please contact: DPOLondon@siriuspt.com

Nous nous engageons à travailler avec vous pour obtenir une résolution équitable de toute plainte ou préoccupation concernant la vie privée. Si, toutefois, vous estimez que nous n'avons pas été en mesure de répondre à votre plainte ou à votre préoccupation, vous avez le droit de déposer une plainte auprès du UK Information Commissioner's Office.
We are committed to working with you to obtain a fair resolution of any complaint or concern about privacy. If, however, you believe that we have not been able to assist with your complaint or concern, you have the right to make a complaint to the UK Information Commissioner's Office.

Pour plus d'infos sur la manière dont nous traitons vos données personnelles, veuillez consulter notre avis de confidentialité complet à l'adresse suivante : https://www.siriuspt.com/legal/website-privacy-policy-final.pdf
For more information about how we process your personal information, please see our full privacy notice at: https://www.siriuspt.com/legal/website-privacy-policy-final.pdf

5 Votre déclaration
Your declaration

1. J'ai reçu et lu l'intégralité des définitions, prestations, exclusions et conditions de cette police, y compris l'exclusion générale 63 relative aux maladies préexistantes et la condition générale 8 relative à la loi applicable. Je comprends que le formulaire de demande, le certificat d'assurance ou la déclaration d'assurance (en dehors de l'EEE ou du Royaume-Uni) et le libellé de la police constituent le contrat entre nous et font tous partie intégrante de la police. Je sais que la couverture sera fournie conformément à la police. L'exclusion générale 63 relative aux maladies préexistantes ne s'applique pas aux transferts de souscription médicale (CPME) ou aux conditions de souscription non prise en compte des antécédents médicaux (MHD).
1. I have received and read the full Definitions, Benefits, Exclusions and Conditions of this Policy including General Exclusion 63 relating to Pre-existing Conditions and General Condition 8 relating to Governing Law. I understand that the Application Form, Certificate of Insurance or Declaration of Insurance (if outside the EEA or UK) and the Policy Wording make up the contract between us and all form part of the policy. I am aware that cover shall be provided in accordance with the policy. General Exclusion 63 relating to Pre-existing Medical Conditions is not applicable to Medical Underwriting Transfers (CPME) or Medical History Disregarded (MHD) underwriting terms.
2. Je déclare/nous déclarons que les informations fournies dans la présente proposition sont, à ma/notre connaissance, à la fois exactes et complètes. J'ai/nous avons pris soin de ne pas faire de fausses déclarations lors de la divulgation de ces informations et je comprends/nous comprenons que toutes les informations fournies sont pertinentes pour la validation et l'évaluation de cette assurance, les conditions auxquelles elle est acceptée et la prime demandée.
2. I/we declare that the information disclosed in this proposal is, to the best of my/our knowledge and belief, both accurate and complete. I/we have taken care not to make any misrepresentation in the disclosure of this information and understand that all information provided is relevant to the acceptance and assessment of this insurance, the terms on which it is accepted and the premium charged.
3. Je comprends que si l'entreprise n'est pas satisfaite du contenu de cette police, elle peut annuler l'assurance dans un délai de 14 jours à compter de la conclusion du présent contrat, comme indiqué dans les conditions générales de la police.
3. I understand that if the company is not satisfied with the content of this policy, the company may cancel the insurance within 14 days of the completion of this contract as set out in the Policy Wording.
4. En signant ce formulaire en tant que preneur d'assurance, je confirme que :
4. By signing this form as the policyholder, I confirm that:
   - toute personne incluse dans le plan a accepté que le preneur d'assurance ait la permission d'agir en son nom pour mettre en place ce plan
   - anyone included on the plan has agreed that the policyholder has their permission to act for them to set up this plan
   - S'il demande une couverture avec un pays de résidence en dehors de l'EEE et du Royaume-Uni ou s'il déménage à tout moment en dehors de l'EEE ou du Royaume-Uni, le titulaire de la police reconnaît et accepte d'opter pour le Trust : le titulaire de la police demande et souscrit par la présente, pour et au nom de chaque personne inscrite, à la Conyers Trust Company (Bermuda) Limited, Richmond House, 12 Par-la-Ville Road Hamilton HM 08, Bermudes, ou à ses successeurs, pour la couverture d'assurance demandée ci-dessus et telle que souscrite et offerte par Sirius International Insurance Corporation à la date de réception de la présente, et telle qu'administrée par ALC Health.
   - If applying for coverage where the policyholder is outside of the EEA and UK or at any time move to a location outside the EEA or UK, the policyholder acknowledges and agrees to elect the Trust: the policyholder hereby applies and subscribes, for and on behalf of each individual enrolled, to the Conyers Trust Company (Bermuda) Limited, Richmond House, 12 Par-la-Ville Road Hamilton HM 08, Bermuda, or its successors, for the insurance coverage requested above and as underwritten and offered by Sirius International Insurance Corporation on the date of its receipt hereof, and as administered by ALC Health.
5. J'ai lu l'avis du Règlement général sur la protection des données (RGPD) tel que[2] contenu dans le présent formulaire de demande et la politique de confidentialité qui est disponible à l'adresse https://www.imglobal.com/into.legal/privacy-policy
5. I have read the General Data Protection Regulation (GDPR) notice as contained in this Application Form and the Privacy Policy which is available at https://www.imglobal.com/intl/legal/privacy-policy
6. Si vous souscrivez cette assurance par l'intermédiaire d'un courtier, le preneur d'assurance comprend, reconnaît et accepte que ALC Health verse une commission au courtier à l'entrée en vigueur et au renouvellement.
6. If you are arranging this insurance via a broker the policyholder understands, acknowledges and agrees that ALC Health will pay commission to the broker at inception and renewal.
7. Si vous ne faites pas preuve d'une diligence raisonnable et que les informations que vous nous fournissez sont inexactes ou incomplètes, nous pourrons prendre une ou plusieurs des mesures suivantes :
7. If you don't take reasonable care and the information you give us is inaccurate or incomplete then we may take one or more of the following actions:
   (i) Annuler votre plan d'assurance ;
   (i) Cancel your plan;
   (ii) Déclarer votre affiliation nulle (traiter votre régime comme s'il n'avait jamais existé) ;
   (ii) Declare your membership void (treating your plan as if it had never existed);
   (iii) Modifier les conditions de votre plan ; ou
   (iii) Change the terms of your plan; or
   (iv) Refuser de traiter tout ou partie d'une demande d'indemnisation ou réduire le montant des indemnités versées.
   (iv) Refuse to deal with all or part of any claim or reduce the amount of any claims payments.

Nous pouvons vous demander de fournir des informations et/ou des documents supplémentaires afin de nous assurer que les informations que vous nous avez fournies lors de la souscription, de la modification ou du renouvellement de votre plan étaient exactes et complètes.
We may ask you to provide further information and/or documentation to make sure that the information you gave us when taking out, making changes to or renewing your plan was accurate and complete.
Aucune couverture n'entre en vigueur tant que cette proposition n'a pas été validée par l'assureur et que la prime n'a pas été payée. L'assureur se réserve le droit de refuser toute proposition d'assurance ou d'offrir une prime et des conditions différentes de celles proposées en fonction des informations que vous avez fournies.
No cover is in force until this proposal is accepted by the insurer and the premium is paid. The insurer reserves the right to decline any insurance proposal or to offer different premium and terms from those quoted dependent on the information you have provided.

Consentement Marketing / Marketing Consent

☐ Je suis d'accord/I agree

Nous acceptons de recevoir des informations pertinentes et d'autres communications de la part de ALC Health sur les couvertures d'assurance et les options de service. Nous comprenons que nous pouvons annuler notre consentement en tout temps.
We agree to receive relevant information and other communications from ALC Health about insurance coverages and service options. We understand that we can withdraw our consent at any time

Date d'entrée en vigueur de la police / Policy start date

Date (JJ-MM-AAAA) / Date (DD-MM-YYYY)

Nos polices sont renouvelées le premier du mois. Si vous souhaitez que la couverture commence à une autre date, une prime proportionnelle sera appliquée au cours de la première année d'assurance.Our policies renew on the first of the month. If you'd like to start cover on a different date, a pro-rata premium will apply in the first policy year.

Votre police ne peut pas commencer avant que nous ayons reçu et validé ce formulaire. Si vous souhaitez que votre couverture prenne effet à une date ultérieure, vous devez nous informer de tout changement par rapport aux informations fournies dans le présent formulaire. Vous ne pouvez pas demander à bénéficier de la couverture plus de 30 jours avant de remplir le présent formulaire.
Your policy cannot start until we receive and accept this form. If you'd like your cover to start at a future date, you must let us know if there are any changes to the information given in this form – you cannot apply for cover more than 30 days in advance of completion of this form.

Confirmation

Nom / Name

Fonction / Position

Signature de l'administrateur du groupe / Group administrator signature

La signature de la présente demande ne vous engage pas à souscrire cette assurance.
Signing this Application does not bind you to enter into this insurance.

Date de signature (JJ-MM-AAAA) / Date signed (DD-MM-YYYY)

Si vous remplissez une version numérique de ce formulaire, veuillez cocher la case ci-dessous pour confirmer la déclaration.
If you're completing a digital version of this form, please tick the box below to acknowledge the declaration.

☐ Je confirme, en tant qu'administrateur du groupe, avoir lu et compris cette déclaration
I confirm, as the Group administrator, I have read and understood this declaration

Documentation

Souhaitez-vous recevoir toute la documentation sur les polices d'assurance et la correspondance future par courrier électronique ? Nous utiliserons l'adresse figurant à la page 2.
Would you like to receive all policy documentation and future correspondence by email? We'll use the address from page 2.

☐ Oui/Yes ☐ Non/No

Nom du courtier / Broker name

Numéro du courtier / Broker number

ALC Health est une marque commerciale d'International Medical Group et d'IMG Europe AB.

Le International Medical Group Limited est autorisé et régi par l'instance de régulation du secteur financier, la Financial Conduct Authority (311496). Enregistrée en Angleterre et au Pays de Galles (4163178). Siège social : 254 Upper Shoreham Road, Shoreham-By-Sea, West Sussex, BN43 6BF.
International Medical Group Limited is authorised and regulated by the Financial Conduct Authority (311496). Registered in England & Wales (4163178). Registered office: 254 Upper Shoreham Road, Shoreham-By-Sea, West Sussex, BN43 6BF.

IMG Europe AB est autorisée et réglementée par l'instance suédoise de régulation du secteur financier (71922) et est enregistrée en tant que représentante légale par l'instance de régulation du secteur financier (1003200). Enregistrée en Suède (559405-0469). Siège social : c/o SiriusPoint International, Fleminggatan 14, 112 26, Stockholm, Suède. Adresse du bureau britannique (BR025974) : 3e étage, Fitzalan House, Cardiff, CF24 0EL, Royaume-Uni.
IMG Europe AB is authorised and regulated by the Swedish Financial Supervisory Authority (71922) and is registered as an Authorised Representative by the Financial Conduct Authority (1003200). Registered in Sweden (559405-0469). Registered office: c/o SiriusPoint International, Fleminggatan 14, 112 26, Stockholm, Sweden. UK establishment (BR025974) office address: 3rd Floor, Fitzalan House, Cardiff, CF24 0EL, UK.

Ce document a été traduit de l'anglais vers le français. En cas de litige, la version anglaise fait foi. Bien que tous les efforts aient été déployés pour garantir l'exactitude de la traduction, ALC Health ne saurait être tenue responsable d'éventuelles erreurs, omissions ou interprétations erronées. This document was translated from English to French. In the event of a dispute, the English version takes precedence. Although no effort was spared in respect of the translation's accuracy, ALC Health cannot be held liable for any possible mistakes, omissions or misinterpretations in the translation.

CM0050A22992240228

0426