



Proposition d'assurance maladie

Nouveau client

Client existant de Foyer S.A., si oui, veuillez indiquer le n° d'client

Individuel

Groupe, Partenaire contrat groupe

Foyer Santé S.A.

12, rue Léon Laval - L-3372 Leudelange

Adresse postale: L-2986 Luxembourg - Tél.: +352 437 4245 - e-mail: sales@foyerglobalhealth.com - www.foyerglobalhealth.com

R.C.S. Luxembourg B 72153 - TVA LU 181 857 30

Demande de couverture d'assurance santé

Rappel : Nous ne pourrons pas traiter votre demande si certaines rubriques sont mal renseignées.
En cas d'incertitude veuillez vous référer aux conditions générales d'assurance.

Par la présente, je demande à souscrire un contrat d'assurance santé "Foyer Santé" pour les personnes ci-après mentionnées.

1. Renseignements personnels sur le preneur de la police

J'agis uniquement en tant que preneur de la police.

J'agis à la fois en tant que preneur de la police et **personne assurée 1**.

Date de premier effet souhaité (jj/mm/aaaa)		
Titre	Prénom	Nom
Sexe M F	Date de naissance (jj/mm/aaaa)	Profession
Adresse de correspondance	Adresse	
Données de contact	Tél. Pro (+ préfixe national)	Tél Privé (+ préfixe national)
	Tél. portable (+ préfixe national)	
	E-mail*	
Nationalité		
Pays d'origine		Localité
Pays d'expatriation		Localité

Langue contractuelle (sera utilisée pour la totalité de la correspondance/des documents)

Allemand Anglais Français

2. Personnes à assurer**Personne 2**

Date de premier effet souhaité (jj/mm/aaaa)		
Titre	Prénom	Nom
Sexe M F	Date de naissance (jj/mm/aaaa)	Profession
Adresse de correspondance idem personne 1	Ville	Code postal/ indicatif régional
	Pays	Complément d'adresse
Données de contact idem personne 1	Tél. Pro	Tél Privé
	Tél. portable (+ préfixe national)	
	E-mail*	
Nationalité		
Pays d'origine		Localité
Pays d'expatriation		Localité

Personne 3

Date de premier effet souhaité (jj/mm/aaaa)		
Titre	Prénom	Nom
Sexe M F	Date de naissance (jj/mm/aaaa)	Profession
Adresse de correspondance idem personne 1	Ville	Code postal/ indicatif régional
	Pays	Complément d'adresse
Données de contact idem personne 1	Tél. Pro	Tél Privé
	Tél. portable (+ préfixe national)	
	E-mail*	
Nationalité		
Pays d'origine		Localité
Pays d'expatriation		Localité

Personne 4

Date de premier effet souhaité (jj/mm/aaaa)		
Titre	Prénom	Nom
Sexe M F	Date de naissance (jj/mm/aaaa)	Profession
Adresse de correspondance idem personne 1	Ville	Code postal/ indicatif régional
	Pays	Complément d'adresse
Données de contact idem personne 1	Tél. Pro	Tél Privé
	Tél. portable (+ préfixe national)	
	E-mail*	
Nationalité		
Pays d'origine		Localité
Pays d'expatriation		Localité

3. Formules et régions de destination

Personne	Formule						Assistance additionnelle *	Région	Prime (mensuel)
	Essentiel		Spécial		Exclusive				
1	Franchise : Aucune 250 € 500 € 1 000 €		Franchise : Aucune 250 € 500 € 1 000 €		Franchise : Aucune 250 € 500 € 1 000 €		non oui	monde entier monde entier hors USA	
2	Franchise : Aucune 250 € 500 € 1 000 €		Franchise : Aucune 250 € 500 € 1 000 €		Franchise : Aucune 250 € 500 € 1 000 €		non oui	monde entier monde entier hors USA	
3	Franchise : Aucune 250 € 500 € 1 000 €		Franchise : Aucune 250 € 500 € 1 000 €		Franchise : Aucune 250 € 500 € 1 000 €		non oui	monde entier monde entier hors USA	
4	Franchise : Aucune 250 € 500 € 1 000 €		Franchise : Aucune 250 € 500 € 1 000 €		Franchise : Aucune 250 € 500 € 1 000 €		non oui	monde entier monde entier hors USA	
Prime totale ** pour toutes personnes assurées									

*La prime mensuel pour l'assistance additionnel s'élève à 5€. Veuillez SVP rajouter le montant à votre prime mensuel d'assurance le cas échéant.

**Je suis informé(e) que dépendant du pays d'expatriation des taxes et frais peuvent être ajoutés à la prime.

4. Données sur l'état de santé

Moratoire (Seulement jusqu'à 55 ans, à la date de la signature de la demande d'assurance)

Je ne suis pas obligé(e) de remplir le questionnaire de santé ci-dessous. Dans ce cas, les conditions médicales préexistantes et celles en découlant ne seront pas couvertes pendant une période d'attente d'au moins 24 mois.

Au cas où vous ne voudriez pas communiquer certaines données à votre intermédiaire, vous pouvez le faire endéans 3 jours moyennant lettre recommandée à la Cellule Médicale Back-Office de **Foyer Santé** S.A., 12, rue Léon Laval, L-3372 Leudelange. Les informations concernant des traitements encourus, déjà déclarés à **Foyer Santé** S.A. dans le cadre d'une assurance existante, ne doivent pas être répétées.

	Personne 1	Personne 2	Personne 3	Personne 4
5.1. Taille en cm				
5.2. Poids en kg				
5.3. Avez-vous actuellement des affections, des maladies ou des troubles de santé?	non oui	non oui	non oui	non oui
5.4. Prenez-vous régulièrement des médicaments? Si oui, lesquels?	non oui	non oui	non oui	non oui
5.5. Avez-vous une infirmité, une invalidité totale ou invalidité temporaire de travail? Si oui, à quel %?	non oui	non oui	non oui	non oui
5.6. Avez-vous des handicaps, des malformations ou des prothèses?	non oui	non oui	non oui	non oui
5.7. Avez-vous séjourné ces 5 dernières années à l'hôpital, en sanatorium ou dans un autre établissement médical?	non oui	non oui	non oui	non oui
5.8. Avez-vous eu ces 3 dernières années des affections, des maladies ou des suites d'accidents (même si elles n'ont pas donné lieu à des soins).	non oui	non oui	non oui	non oui
5.9. Avez-vous eu ces 3 dernières années des traitements (également psychothérapeutiques) ou des examens quelconques? Y-a-t-il eu des suites?	non oui	non oui	non oui	non oui
5.10. Des traitements, des examens (y compris soins dentaires, prothèses dentaires ou traitements orthodontiques) et des opérations sont-ils nécessaires, prévus ou conseillés?	non oui	non oui	non oui	non oui
5.11. Etes-vous actuellement enceinte? Si oui, date prévue de l'accouchement?	non oui	non oui	non oui	non oui
5.12. A-t-on constaté une infection HIV, par ex. suite à un test de détection du SIDA?	non oui	non oui	non oui	non oui
5.13. Etes-vous porteur d'aides visuelles (lunettes ou lentilles de contact)? Dioptrie à droite: Dioptrie à gauche:	non oui	non oui	non oui	non oui
5.14. Vous manque-t-il des dents - à l'exception des dents de sagesse -, qui ne soient pas remplacées? Nombre de dents manquantes?	non oui	non oui	non oui	non oui

8. Conventions spéciales: (soumises à l'approbation écrite de FOYER SANTE)

9. Intermédiaire

Ce contrat était conclu en coopération avec: Nom de l'intermédiaire
N° de l'intermédiaire

10. Bases du contrat et déclaration du preneur d'assurance et des personnes à assurer.

Cette proposition d'assurance n'engage ni le preneur d'assurance ni **Foyer Santé** à conclure le contrat. La signature de la proposition ne fait pas courir la couverture d'assurance. Dans les 30 jours à compter de la réception de la proposition, **Foyer Santé** est contraint, sous peine de dommages-intérêts, de notifier au preneur d'assurance soit une offre d'assurance, soit la subordination de l'assurance à un contrôle médical, soit le refus d'assurer. La proposition d'assurance, y compris les questionnaires de santé et autres renseignements médicaux fournis à **Foyer Santé**, serviront de base au contrat d'assurance et en feront partie intégrante.

Le preneur d'assurance et les personnes à assurer sont tenus de répondre en toute honnêteté et de façon scrupuleuse et exhaustive aux questions de la présente proposition. Tous les changements de l'état de santé (affections, maladies, accidents) qui pourraient survenir entre la signature de la présente proposition et la conclusion du contrat d'assurance ainsi que les traitements, les consultations et examens (y compris ceux intentionnels ou recommandés) et les modifications de l'activité professionnelle sont à déclarer immédiatement et par écrit à **Foyer Santé**.

Les personnes à assurer, respectivement les représentants légaux des mineurs autorisent **Foyer Santé** à prendre à tout moment des renseignements au sujet de maladies, suites d'accident, affections antérieures, existantes et pouvant survenir jusqu'à l'expiration du contrat. A cette fin, **Foyer Santé** sera en droit de questionner les médecins, médecins-dentistes et les membres d'autres professions de la santé ainsi que tous les établissements médicaux. A cet effet, les personnes à assurer les délient expressément - également au-delà de leur décès - du secret professionnel.

Les données communiquées à **Foyer Santé** font l'objet d'un traitement informatisé en vue du service de la clientèle, de l'acceptation des risques, de la gestion des contrats et du règlement des prestations. Toute personne bénéficie auprès de **Foyer Santé** d'un droit d'accès et de rectification sur les données la concernant (loi du 02.08.2002 réglementant l'utilisation des données nominatives dans les traitements informatiques).

A compter du moment où il aura été informé de la conclusion du contrat, le preneur d'assurance dispose d'un délai de 30 jours pour renoncer, par lettre recommandée, aux effets du contrat.

En ce qui concerne les personnes à assurer, autre que le preneur d'assurance, dans le cas où ce dernier demanderait à bénéficier de la vue ménage au sein de l'Espace Client Foyer, en signant la présente proposition, celles-ci consentent à ce que les informations les concernant et relatives à la conclusion et à l'exécution dudit contrat y soient incluses.

11. Signature(s)

Lieu et date

Signature du preneur d'assurance (nom et prénom)

Signature de la personne 1 à assurer, si celle-ci n'est pas le preneur d'assurance (nom et prénom), le cas échéant de son représentant légal

Signature de la personne 3 à assurer, si celle-ci n'est pas le preneur d'assurance (nom et prénom), le cas échéant de son représentant légal

Signature de la personne 2 à assurer, si celle-ci n'est pas le preneur d'assurance (nom et prénom), le cas échéant de son représentant légal

Signature de la personne 4 à assurer, si celle-ci n'est pas le preneur d'assurance (nom et prénom), le cas échéant de son représentant légal

