

# Formulaire de souscription et de modification de la politique

Couverture santé individuelle



## Informations importantes

Merci d'utiliser ce formulaire pour nous informer de vos antécédents médicaux et de ceux de toute personne que vous souhaitez ajouter à votre couverture (personne à charge). Nous avons besoin de ces informations pour confirmer votre couverture, traiter les demandes de remboursement futures et payer les traitements.

Étant donné que la police d'assurance à laquelle vous souscrivez est entièrement souscrite pour des raisons médicales, tout symptôme ou état de santé que vous ou l'une de vos personnes à charge aviez avant la date de début de la police d'assurance peut ne pas être couvert.

Vous devez nous informer si vous ou toute personne à charge couverte par la police d'assurance présente des symptômes entre le moment où vous remplissez ce formulaire de demande de souscription et celui où la police d'assurance est émise. Cette date peut être différente de la date de début de la police d'assurance demandée dans le présent formulaire. Si vous ne fournissez pas ces informations, votre couverture (et celle des personnes à votre charge) peut être affectée.

Merci de fournir des informations complètes et exactes. Sans cela, nous pourrions ne pas être en mesure de payer tout ou partie d'une demande de remboursement ou devoir traiter votre police d'assurance (et celle de vos personnes à charge) comme si elle n'avait pas existé.

**À savoir** - Si vous êtes un client de Bupa Global Health Plan (BGHP) France et que vous résidez en France ou à Monaco, nous pouvons vous fournir les documents suivants en français : Certificat d'assurance, Guide de membre, paiement des primes et documents relatifs aux demandes de remboursement et aux réclamations. À défaut, tous les documents peuvent être fournis en anglais. Veuillez sélectionner la langue dans laquelle vous préférez recevoir vos documents dans la section 3.

Notez qu'il peut arriver que nous émettions certaines communications en anglais.

### Comment utiliser ce formulaire

Vous pouvez écrire directement dans ce formulaire, l'enregistrer et nous l'envoyer par e-mail. Vous pouvez également le compléter en écrivant clairement en majuscules à l'encre noire.

Ce formulaire peut être utilisé par les nouveaux clients souhaitant adhérer à Bupa Global et par les clients existants souhaitant apporter des modifications à leur police d'assurance.

Si vous êtes un nouveau client, commencez par la section 2 et complétez ensuite toutes les sections.

Si vous êtes un ancien client, vous pouvez utiliser ce formulaire pour :

**Ajouter des personnes à charge :**  
complétez les sections

1 3 4 5 6 7 11

**Modifier votre niveau de couverture :**  
complétez les sections

1 3 6 7 11

**Inclure la zone de couverture des États-Unis :**  
complétez les sections

1 9 11

Vous pouvez modifier vos données personnelles, telles que votre adresse, votre numéro de contact ou votre adresse e-mail sur MembersWorld. Connectez-vous à notre site web sécurisé : <https://membersworld.bupaglobal.com>

Si vous avez besoin de plus d'espace pour répondre à l'une des questions, vous pouvez utiliser la page de notes à la fin.

### Où envoyer ce formulaire

Ce formulaire peut être envoyé par e-mail et par courrier postal.

Pour les nouveaux clients, envoyez-nous un e-mail à : [eedirectsales@bupa.com](mailto:eedirectsales@bupa.com)

Pour les clients existants, envoyez-nous un e-mail à : [eeacustomerengagement@bupa.com](mailto:eeacustomerengagement@bupa.com)

Pour les nouveaux clients et les clients existants, vous pouvez nous envoyer le formulaire de demande de souscription par courrier à Bupa Global, Victory House, Trafalgar Place, Brighton, BN1 4FY Royaume-Uni.

N'oubliez pas de signer et de dater le formulaire. Vérifiez que toutes les sections pertinentes ont été complétées avant de nous renvoyer le formulaire.

**Pour toute question, veuillez nous contacter au +44 (0) 1273 323563.**

Si votre police d'assurance est gérée par un intermédiaire, demandez-lui de remplir la section 12 - Informations sur l'Intermédiaire.





## 5 Comment vous souhaitez gérer votre police d'assurance

Nous nous efforçons de réduire notre impact sur l'environnement et nous encourageons nos clients à nous aider en gérant leur plan en ligne.

**Veillez nous indiquer comment vous souhaitez recevoir vos documents d'assurance et ceux de vos personnes à charge (âgées de plus de 16 ans).**

	Souscripteur principal	Personne à charge 1	Personne à charge 2	Personne à charge 3
Pour consulter et gérer votre police d'assurance en ligne, inscrivez-vous sur <a href="https://membersworld.bupaglobal.com">https://membersworld.bupaglobal.com</a> . Nous vous enverrons un e-mail lorsque de nouveaux documents seront disponibles	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pour recevoir vos documents par courrier	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Chez Bupa, nous comprenons que nos membres puissent parfois avoir besoin d'aide et nous voulons leur faciliter la tâche lorsqu'ils échangent avec nous. Pour nous aider dans cette tâche, veuillez nous indiquer si vous ou l'un des membres de votre police souhaitez nous faire part d'un problème d'audition, de vue, d'élocution, d'un handicap physique ou de tout autre problème de communication.

Cochez cette case si vous souhaitez que nous vous contactions à ce sujet

## 6 Antécédents médicaux

Veillez nous donner des informations sur votre santé et celle des personnes à votre charge, passées et présentes.

Si vous êtes déjà client et que vous souhaitez améliorer votre couverture, vous devez remplir cette section dans son intégralité afin que nous disposions d'un dossier actualisé sur votre état de santé (et celui de vos personnes à charge).

Cochez Oui ou Non à chaque question, pour chaque personne. Si vous cochez Oui à une question, donnez de plus amples informations à la section 7.

**Si vous ne nous fournissez pas les détails complets, nous pouvons annuler votre couverture, cesser de régler vos demandes de remboursement et/ou examiner à nouveau les conditions générales d'assurance de votre police d'assurance.**

Vous devez également nous informer immédiatement si vous ou l'une de vos personnes à charge présente des symptômes entre le moment où vous remplissez le présent formulaire de demande de souscription et la date à laquelle la police est en vigueur. Le non-respect de cette consigne peut également entraîner l'annulation, le rejet des demandes de remboursement et/ou la modification des conditions générales de votre police d'assurance.

	Souscripteur principal	Personne à charge 1	Personne à charge 2	Personne à charge 3
<b>1.</b> Au cours des trois dernières années, un souscripteur a-t-il consulté un médecin ou un autre professionnel de la santé pour une affection ou des symptômes récurrents ou persistants ? (persistant signifie qui dure depuis 2 semaines ou plus)	<input type="radio"/> Y <input type="radio"/> N			
<b>2.</b> Au cours des trois dernières années, un médecin a-t-il conseillé à un souscripteur de prendre des médicaments (par exemple, tous les jours, une fois par semaine, au besoin, selon les instructions du médecin) pendant une période continue de plus d'un mois ?	<input type="radio"/> Y <input type="radio"/> N			
<b>3.</b> Au cours des trois dernières années, un souscripteur souhaitant être couvert a-t-il déjà eu ou s'est-il vu conseiller des consultations de suivi ou des soins médicaux réguliers ou continus auprès d'un professionnel de la santé (médecin, kinésithérapeute, psychiatre, etc.) pour une maladie ou un autre problème médical ?	<input type="radio"/> Y <input type="radio"/> N			
<b>4.</b> Au cours des sept dernières années, un souscripteur a-t-il déjà subi ou s'est-il vu conseiller de subir des examens (tels qu'une analyse de sang ou d'urine, une coloscopie, une mammographie, un ECG, une radiographie, une échographie, un scanner, une IRM, un PET scan, un test VIH, un test de dépistage de l'hépatite B ou de l'hépatite C) ?	<input type="radio"/> Y <input type="radio"/> N			
<b>5.</b> Au cours des sept dernières années, un souscripteur a-t-il été hospitalisé ?	<input type="radio"/> Y <input type="radio"/> N			
<b>6.</b> Au cours de 3 derniers mois, un souscripteur a-t-il eu des signes ou symptômes de tout problème médical, maladie ou blessure pas encore diagnostiqué ou traité ?	<input type="radio"/> Y <input type="radio"/> N			
<b>7.</b> Un souscripteur souffre-t-il d'une affection chronique, c'est-à-dire d'une maladie ou d'une blessure présentant une ou plusieurs des caractéristiques suivantes ?				
o Se poursuit indéfiniment, les symptômes ou l'affection peuvent réapparaître ou sont susceptibles de réapparaître ?	<input type="radio"/> Y <input type="radio"/> N			
o Nécessite une surveillance continue ou à long terme par le biais de consultations, d'exams, de contrôles et de tests	<input type="radio"/> Y <input type="radio"/> N			
o Besoin d'un soulagement continu ou à long terme des symptômes	<input type="radio"/> Y <input type="radio"/> N			

## 6

## Antécédents médicaux (suite)

<input type="radio"/> Besoin de rééducation	<input type="radio"/> Y <input type="radio"/> N			
<b>8. L'un des souscripteurs a-t-il déjà eu un épisode de ce qui suit :</b>				
<input type="radio"/> Cancer, y compris des tumeurs cérébrales bénignes	<input type="radio"/> Y <input type="radio"/> N			
<input type="radio"/> Problème cardiovasculaire : angine de poitrine, infarctus, insuffisance cardiaque, arythmie cardiaque	<input type="radio"/> Y <input type="radio"/> N			
<input type="radio"/> AVC	<input type="radio"/> Y <input type="radio"/> N			
<input type="radio"/> Implants et prothèses internes dans le corps : shunts, pacemakers, remplacement d'articulation	<input type="radio"/> Y <input type="radio"/> N			
<input type="radio"/> Maladies congénitales et héréditaires	<input type="radio"/> Y <input type="radio"/> N			
<b>9. Est-ce qu'un souscripteur a un traitement, des examens ou des tests prévus ou en cours ?</b>	<input type="radio"/> Y <input type="radio"/> N			

## Autres informations (seulement pour les plus de 16 ans) :

Quelle est votre taille ?	<input type="radio"/> pieds/pouces	<input type="radio"/> mètres/centimètres	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Quel est votre poids ?	<input type="radio"/> stones/livres	<input type="radio"/> kilogrammes	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

## 7

## Antécédents médicaux : informations supplémentaires

Cette section s'applique si un souscripteur a répondu par l'affirmative à l'une des questions médicales de la section 6. Même si vous ne savez pas si certaines informations sont pertinentes, vous devez les inclure.

Veillez joindre les rapports médicaux ou les résultats d'examens relatifs aux affections que vous avez déclarées, s'ils sont disponibles.

Des informations médicales supplémentaires sont-elles incluses ?		<input type="radio"/> Y <input type="radio"/> N			
	Numéro de la question figurant dans la Section 6	Précisez autant que possible le nom de la maladie ou du problème médical. Si possible, indiquez la zone du corps affectée (par ex. œil droit/gauche, etc.).	Quand avez-vous ressenti ces symptômes pour la première fois et (le cas échéant), quand le traitement a-t-il été terminé ?	Quel traitement avez-vous reçu et quand (citez les dates, noms, médicaments, etc.) ?	Quel a été le résultat du traitement (par ex. le problème de santé continue/est récurrent/est susceptible de recommencer, guérison complète, etc.) ?
Souscripteur principal					
Personne à charge 1					
Personne à charge 2					
Personne à charge 3					

Si l'espace est insuffisant, veuillez utiliser la page de notes à la fin de ce formulaire et indiquez que vous l'avez fait en cochant cette case



### Prélèvement automatique

Si vous payez par prélèvement automatique, vous devez remplir cette section

- seulement pour les paiements en GBP £



Autorisation donnée à votre établissement bancaire de payer par prélèvement automatique

- doit être sur un compte bancaire domicilié au Royaume-Uni

Nom(s) du (des) titulaire(s) du compte																														
Code guichet				-				-				Numéro de compte bancaire																		
Code SWIFT																														

#### Autorisation donnée à votre établissement bancaire

Veillez payer les prélèvements automatiques de Bupa Global à partir du compte indiqué dans cette autorisation, conformément aux protections assurées par la garantie des prélèvements automatiques.

Je comprends que cette autorisation pourra rester auprès de Bupa Global et, si c'est le cas, sera transmise par voie électronique à mon établissement bancaire.

#### Nom et adresse postale de votre établissement bancaire :

À l'attention de : Le directeur																														
Adresse																														
																			Code postal											

#### Signature du titulaire du compte

--

#### Date de la signature

J	J	M	M	A	A	A	A
---	---	---	---	---	---	---	---

#### Numéro de membre (réservé à Bupa Global)

BI	-							-						
----	---	--	--	--	--	--	--	---	--	--	--	--	--	--

Numéro d'identification de l'auteur	1	7	8	0	1	7
-------------------------------------	---	---	---	---	---	---

Les établissements bancaires peuvent refuser les autorisations de prélèvement automatique pour certains types de compte.

#### La garantie de prélèvement automatique

Cette garantie doit être détachée et conservée par le client



Cette garantie est offerte par tous les établissements bancaires qui participent au programme sur les prélèvements automatiques. L'efficacité et la sécurité de ce programme sont surveillées et assurées par votre propre banque ou établissement bancaire.

Si les montants à payer ou les dates de paiement changent, Bupa Global vous avisera 7 jours ouvrés avant que votre compte ne soit débité ou conformément à tout autre accord.

Si une erreur est commise par Bupa Global ou votre établissement bancaire, vous êtes assuré d'un remboursement complet et immédiat du montant payé par votre branche.

Vous pouvez annuler un prélèvement automatique à tout moment en écrivant à votre établissement bancaire. Envoyez-nous une copie de la lettre que vous lui enverrez.

**À savoir :** La couverture ne peut être ajoutée qu'à certains plans santé et si vous ou les personnes à votre charge n'êtes pas des résidents permanents des États-Unis. Vous trouverez plus d'informations dans le Guide de membre.

Si vous remplissez ce formulaire pour passer à la couverture aux États-Unis après le début de votre police d'assurance, vous devez remplir cette section au lieu des sections 6 Antécédents médicaux et 7 Antécédents médicaux : informations supplémentaires. Une évaluation médicale sera effectuée au moment de la demande d'extension de la couverture aux États-Unis. Des exclusions peuvent s'appliquer à la couverture aux États-Unis.

	Souscripteur principal	Personne à charge 1	Personne à charge 2	Personne à charge 3
1. Combien de temps comptez-vous rester aux États-Unis ?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2. Avez-vous un traitement en cours ou prévu ? Si oui, veuillez fournir des détails dans la case ci-dessous	<input type="radio"/> Y <input type="radio"/> N			
3. Femmes uniquement : Êtes-vous actuellement enceinte ?	<input type="radio"/> Y <input type="radio"/> N			

### Dernière mise à jour : septembre 2023

Nous nous engageons à protéger la confidentialité de vos données lors du traitement de vos informations personnelles. Le présent Avis de confidentialité donne un aperçu des informations que nous recueillons à votre sujet et de la façon dont nous les utilisons et les protégeons. Il fournit également des informations sur vos droits. Les informations que nous traitons à votre sujet, et les raisons pour lesquelles nous les traitons, dépendent des produits et services que vous utilisez. Pour plus de détails, veuillez consulter notre Avis de confidentialité complet disponible à l'adresse suivante :

[www.bupaglobal.com/privacypolicy](http://www.bupaglobal.com/privacypolicy). Si vous n'avez pas accès à Internet et souhaitez obtenir une copie papier de l'Avis de confidentialité complet, ou si vous avez des questions concernant notre manière de gérer vos informations, veuillez contacter le service clientèle de Bupa Global au +44 (0)1273 323 563. Vous pouvez également envoyer un e-mail à [info@bupaglobal.com](mailto:info@bupaglobal.com) ou un courrier à Bupa Global, Victory House, Trafalgar Place, Brighton BN1 4FY, Royaume-Uni.

### Informations à propos de Bupa Global

Dans cet Avis de confidentialité, les termes « nous », « notre » et « nos » désignent les sociétés Bupa agissant sous le nom de Bupa Global. Pour obtenir les coordonnées de ces entreprises, rendez-vous sur le site [www.bupaglobal.com/legal-notice](http://www.bupaglobal.com/legal-notice)

Les entreprises Bupa qui traitent vos informations dépendront des produits et des services que vous nous demandez, achetez ou utilisez. En ce qui concerne nos polices d'assurance, vos informations seront traitées par l'assureur et le principal administrateur de votre police, qui sont susceptibles de les partager avec d'autres entreprises Bupa, comme défini dans la section « Partage de vos informations ». Veuillez vous référer aux documents de votre police d'assurance pour la confirmation de l'assureur et du principal administrateur.

### 1. Ce que couvre le présent Avis de confidentialité

Cet Avis de confidentialité s'applique à toute personne qui interagit avec nous en relation avec nos produits et services (« vous », « votre »), par n'importe quel moyen (par exemple, e-mail, site Web, téléphone, application, etc.).

### 2. Comment nous collectons vos informations personnelles

Nous recueillons des informations personnelles auprès de vous et d'autres organisations (p. ex. celles qui agissent en votre nom, comme les courtiers, les prestataires de soins de santé, etc.). Si vous nous fournissez des informations sur d'autres personnes, vous devez vous assurer qu'elles ont vu une copie de cet Avis de confidentialité et ne voient pas d'inconvénient à ce que vous nous communiquiez leurs informations.

### 3. Catégories d'informations personnelles

Nous traitons les catégories d'informations personnelles suivantes vous concernant et, le cas échéant, concernant vos personnes à charge. Il s'agit des informations personnelles standard (par exemple les informations que nous utilisons pour vous contacter, vous identifier ou gérer notre relation avec vous), des catégories spéciales d'informations (par exemple les informations sur la santé, les informations sur la race, l'origine ethnique et la religion qui nous permettent d'adapter vos soins), et des informations sur toute condamnation

et infraction pénale (nous pouvons obtenir ces informations lors de contrôles anti-fraude ou anti-blanchiment d'argent ou d'autres activités de vérification des antécédents).

### 4. Pourquoi nous utilisons vos informations personnelles et les raisons juridiques le justifiant

Nous traitons vos informations personnelles aux fins énoncées dans notre Avis de confidentialité complet, y compris pour gérer notre relation avec vous (y compris pour le traitement des demandes de remboursement et des réclamations), pour la recherche et l'analyse, pour surveiller nos attentes de rendement (y compris celles des prestataires de soins de santé qui vous concernent) et pour protéger nos droits, notre propriété ou notre sécurité, ou celle de nos clients ou d'autres personnes. Le fondement juridique sur lequel nous traitons les informations personnelles dépend de la catégorie d'informations personnelles que nous traitons. Nous traitons normalement les informations personnelles standard sur la base qu'elles sont nécessaires à l'exécution d'un contrat, pour nos intérêts légitimes ou ceux d'autres personnes ou qu'elles sont nécessaires ou autorisées par la loi. Nous traitons des catégories particulières d'informations parce qu'elles sont nécessaires à des fins d'assurance, parce que nous avons votre autorisation ou parce qu'elles sont décrites dans notre Avis de confidentialité complet. Nous pouvons traiter des informations sur vos condamnations pénales et vos infractions (le cas échéant) si cela est nécessaire pour prévenir ou détecter une infraction.

### 5. Marketing et préférences

Nous aimerions de temps à autre vous tenir informé(e) sur nos produits et services qui pourraient vous intéresser.

- Cochez cette case si vous souhaitez que nous et d'autres membres du groupe Bupa vous tiennent au courant de nos produits et services par courrier, téléphone, e-mail et SMS.

Vous pourrez décider à tout moment de ne plus recevoir ces communications en nous contactant.

### 6. Profilage et prise de décision automatisée

Comme beaucoup d'entreprises, nous utilisons parfois l'automatisation pour vous fournir un service plus rapide, meilleur, plus cohérent et plus juste, ainsi que des informations marketing qui pourraient vous intéresser (y compris des rabais sur nos produits et services). Il peut s'agir d'évaluer des renseignements à votre sujet et, dans certains cas, d'utiliser la technologie pour vous fournir des réponses ou des décisions automatiques. Vous pouvez en savoir plus à ce sujet dans notre Avis de confidentialité complet. Vous avez le droit de vous opposer au marketing direct et au profilage dans le cadre du marketing direct. Vous pouvez également avoir le droit de vous opposer à d'autres types de profilage et de prise de décision automatisée.

### 7. Partage de vos informations

Nous partageons vos informations au sein du groupe d'entreprises Bupa, avec les titulaires de la police concernés (y compris votre employeur si vous êtes couvert(e) par un plan collectif), avec les bailleurs de fonds qui organisent des services en votre nom, ceux qui agissent en votre nom (par exemple, les courtiers et autres intermédiaires) et avec d'autres personnes qui nous





# Remarques