



Bupa



BlueCross
BlueShield
Global



PLANS SANTÉ INTERNATIONAUX

ADHÉRER ET GÉRER VOTRE PLAN

Bupa Global est l'unique assureur de ce plan.

Bupa Global est un nom commercial de Bupa, le groupe international de soins de santé. Bupa est un exploitant sous licence indépendant de Blue Cross et Blue Shield Association. Bupa Global n'est pas autorisé par Blue Cross et Blue Shield Association à vendre des produits co-marqués de Bupa Global/Blue Cross Blue Shield Global en Argentine, au Canada, au Costa Rica, au Panama, en Uruguay et aux îles Vierges des États-Unis. À Hong-Kong, Bupa Global est autorisé uniquement à utiliser les marques Blue Shield. Rapportez-vous à vos conditions générales d'assurance pour voir la disponibilité de couverture. Blue Cross et Blue Shield Association sont une fédération nationale de 36 entreprises indépendantes, communautaires et exploitées localement par Blue Cross et Blue Shield. Blue Cross Shield Global est une marque appartenant à Blue Cross et Blue Shield Association. Pour plus d'informations sur Bupa Global, allez sur bupaglobalaccess.com, et pour plus d'informations sur Blue Cross et Blue Shield Association, allez sur www.BCBS.com.

PLANS SANTÉ INTERNATIONAUX

Ce formulaire peut être rempli par de **nouveaux clients** ou des **clients Bupa Global existants**.

INFORMATIONS IMPORTANTES

Vous pouvez écrire directement dans ce formulaire, l'enregistrer et nous l'envoyer par e-mail. Vous pouvez aussi écrire lisiblement au stylo noir et en majuscules.

Tous les mots ou textes surlignés en jaune sont des mots ou textes que bupa global souhaite rendre plus visibles à vos yeux et qui concernent les annulations, pénalités et/ou exclusions de votre police. N'hésitez pas à nous contacter si vous avez des demandes concernant les sections surlignées.

Une fois votre formulaire rempli, scannez-le et envoyez-le par e-mail à : eedirectsales@bupa.com ou par courrier à Bupa Global, Victory House, Trafalgar Place, Brighton, BN1 4FY, Royaume-Uni.

Veillez noter que nous ne pouvons pas garantir la sécurité du courrier électronique en tant que méthode de communication. Certaines entreprises, les employeurs et/ou les pays surveillent le trafic des e-mails, veuillez donc en tenir compte lorsque vous nous envoyez information confidentielle.

Veillez noter que le plan auquel vous souscrivez est un plan soumis à une évaluation médicale complète. Cela signifie que toute maladie ou symptôme s'étant déclaré avant la date de début du plan peut ne pas être couvert.


Si vous ne veillez pas à nous donner des informations complètes et précises en remplissant ce formulaire d'adhésion, nous avons le droit de considérer que votre contrat d'assurance n'a jamais existé ou de refuser de payer tout ou partie d'une demande de remboursement.

Si vous ou toute autre personne supplémentaire à couvrir sous ce contrat ressentez des symptômes entre le moment où vous remplissez ce formulaire d'adhésion et la date de début du contrat, vous devez nous en informer immédiatement. Dans le cas contraire, nous pourrions ne pas être en mesure de payer vos demandes de remboursement.

Remarque importante concernant l'utilisation de la documentation en langue anglaise (Plans santé Bupa Global pour la France/Monaco uniquement) :

Veillez noter que, si vous décidez de souscrire cette police, nous pouvons émettre votre Certificat d'assurance, le Guide du produit, les Conditions générales et les autres documents relatifs aux demandes de remboursement, aux réclamations et aux paiements de votre prime en français si vous choisissez cette option de langue. Toutefois, il est possible que nous publiions de temps en temps des communications en anglais. À défaut, tous les documents peuvent être fournis en anglais.

Ces plans de santé internationaux ne sont pas conçus pour répondre à des exigences particulières à un pays et ne sont pas conçus pour être utilisés dans le but de répondre à des exigences d'assurance maladie, de visa ou obligatoires lorsque celles-ci arrivent à échéance. Ces plans peuvent être utilisés en plus de tout contrat d'assurance maladie obligatoire local.

Quand vous voyez , vous devez donner des informations sur le souscripteur principal et 1, 2, 3, 4 sont pour vos personnes à charge.

POUR LES NOUVEAUX CLIENTS

Remplissez les sections 1-10 et la section 11, si besoin est.

Lisez, signez et datez la déclaration de la section 12



POUR LES CLIENTS EXISTANTS

Il y a plusieurs choses que vous pouvez modifier sur votre plan en utilisant ce formulaire. Veuillez à lire, signer et dater la déclaration de la section 12.

Modifier votre adresse et vos coordonnées ?

Vous devez nous informer de toute modification de vos coordonnées afin que nous puissions veiller à ce que notre correspondance vous parvienne.

Pour modifier votre adresse et vos coordonnées, le plus simple est de nous contacter. Vous pouvez nous envoyer un e-mail à info@bupaglobal.com, nous appeler au +44 (0) 1273 323563 ou nous contacter via notre site web sécurisé à l'adresse suivante : <https://membersworld.bupaglobal.com>

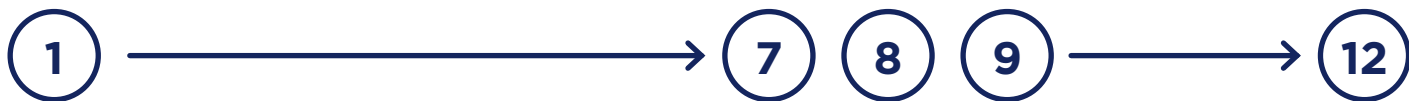
Des personnes supplémentaires sur votre plan ?

- remplissez les sections 1 et 5-8
- remplissez la section 11, si besoin est
- lisez, signez et datez la déclaration de la section 12



Vous souhaitez modifier votre couverture ?

- remplissez les sections 1 et 7-9
- lisez, signez et datez la déclaration de la section 12



Vous souhaitez modifier vos informations de paiement ?

- remplissez les sections 1 et 10
- lisez, signez et datez la déclaration de la section 12



1 SOUSCRIPTEUR PRINCIPAL : INFORMATIONS SUR VOTRE ADHÉSION ACTUELLE

M

Numéro d'adhérent

Si vous avez déjà souscrit à un contrat d'assurance Bupa par le passé, veuillez cocher cette case et fournir le numéro de membre ci-dessus.

2 SOUSCRIPTEUR PRINCIPAL : VOS COORDONNÉES PERSONNELLES

M

Votre couverture commencera à la date à laquelle nous recevrons le formulaire de souscription entièrement rempli, sauf si vous spécifiez une date future.

Date à laquelle vous souhaitez que votre couverture commence : J J M M A A A A (ne peut pas être entre le 28 et le 31 inclus)

Préférence de langue pour la documentation* Anglais Français

* Veuillez noter que la préférence de langue sélectionnée par le souscripteur principal s'applique à tous les membres de la police d'assurance.

Civilité Homme / garçon Femme / fille Langue maternelle

Nom(s)

Nom de famille

Date de naissance J J M M A A A A Pays de nationalité

Profession

3 SOUSCRIPTEUR PRINCIPAL : VOTRE ADRESSE

M

Adresse du résidence :

(votre adresse permanente ou habituelle dans le pays où vous résidez, au jour où vous souhaitez que votre couverture commence)

Adresse (ligne 1)

Adresse (ligne 2)

Ville / commune

État

Pays

Code postal

Résidez-vous aux États-Unis ? Y N

Adresse de correspondance - si votre adresse de correspondance et de résidence sont les mêmes, cochez cette case

(si les documents d'adhésion ne peuvent pas vous être facilement envoyés à votre adresse, veuillez fournir une adresse alternative où les recevoir)

Adresse (ligne 1)

Adresse (ligne 2)

Ville / commune

État

Pays

Code postal

4 SOUSCRIPTEUR PRINCIPAL : VOS AUTRES COORDONNÉES

M

(Indiquez votre indicatif national, votre indicatif régional et votre numéro)

Téléphone fixe / mobile

e-mail

5 VOTRE CONSENTEMENT À ÊTRE UN CLIENT ZÉRO PAPIER

M

Chez Bupa, nous faisons tout ce qui est en notre pouvoir pour réduire notre impact sur l'environnement. Pour nous y aider, nous encourageons les clients à accepter de ne plus recevoir de papier.

Client zéro papier : consultez et gérez votre plan en ligne en vous inscrivant sur MembersWorld. Vous recevrez des e-mails lorsque de nouveaux documents seront disponibles (veuillez vous assurer de nous fournir une adresse e-mail valide).

Copie papier : vous recevez vos documents par la poste.

Vous pouvez changer d'avis à tout moment sur MembersWorld (<https://membersworld.bupaglobal.com>) ou en nous contactant.

Vous pouvez en savoir plus sur les avantages à utiliser MembersWorld dans votre guide de membre.

Veuillez noter que chaque personne à charge de plus de 16 ans peut sélectionner ses préférences en matière de documents à la section 6.

6 PERSONNES SUPPLÉMENTAIRES COUVERTES PAR VOTRE PLAN

Si l'une de ces personnes supplémentaires a une adresse de domicile ou de correspondance différente de la vôtre, écrivez son nom et ses coordonnées dans la section « Notes » à la fin de ce formulaire et confirmez que vous l'avez fait en cochant cette case.

Civilité

Homme /
garçon

Femme /
fille

Langue
maternelle

1

Nom(s)

Nom de famille

Date de naissance

J

J

M

M

A

A

A

A

Pays de nationalité

Pays de résidence

Lien de parenté avec vous

Email

Pour les personnes âgées de plus de 16 ans uniquement

Client zéro papier
(gestion du plan en ligne, inscription sur MembersWorld)

Copie papier
(recevoir les documents par la poste)

Avez-vous eu, par le passé, un contrat
d'assurance avec Bupa?

Y

N

Si oui, numéro de membre

Civilité

Homme /
garçon

Femme /
fille

Langue
maternelle

2

Nom(s)

Nom de famille

Date de naissance

J

J

M

M

A

A

A

A

Pays de nationalité

Pays de résidence

Lien de parenté avec vous

Email

Pour les personnes âgées de plus de 16 ans uniquement

Client zéro papier
(gestion du plan en ligne, inscription sur MembersWorld)

Copie papier
(recevoir les documents par la poste)

Avez-vous eu, par le passé, un contrat
d'assurance avec Bupa?

Y

N

Si oui, numéro de membre

6

PERSONNES SUPPLÉMENTAIRES COUVERTES PAR VOTRE PLAN (SUITE)

Civilité		Homme / garçon	<input type="radio"/>	Femme / fille	<input type="radio"/>	Langue maternelle															
Nom(s)																					
Nom de famille																					
Date de naissance	J	J	M	M	A	A	A	A	Pays de nationalité												
Pays de résidence									Lien de parenté avec vous												
Email																					
Pour les personnes âgées de plus de 16 ans uniquement										<input type="radio"/>	Client zéro papier (gestion du plan en ligne, inscription sur MembersWorld)					<input type="radio"/>	Copie papier (recevoir les documents par la poste)				
Avez-vous eu, par le passé, un contrat d'assurance avec Bupa?										<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Si oui, numéro de membre									

3

Civilité		Homme / garçon	<input type="radio"/>	Femme / fille	<input type="radio"/>	Langue maternelle															
Nom(s)																					
Nom de famille																					
Date de naissance	J	J	M	M	A	A	A	A	Pays de nationalité												
Pays de résidence									Lien de parenté avec vous												
Email																					
Pour les personnes âgées de plus de 16 ans uniquement										<input type="radio"/>	Client zéro papier (gestion du plan en ligne, inscription sur MembersWorld)					<input type="radio"/>	Copie papier (recevoir les documents par la poste)				
Avez-vous eu, par le passé, un contrat d'assurance avec Bupa?										<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Si oui, numéro de membre									

4

7

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX

Cette section porte sur votre santé et vos informations médicales, passées et présentes, pour vous et chaque personne citée à la section 6.

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 8.

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 nous informer immédiatement si vous ou toute personne supplémentaire devant être couverte par la police présente des symptômes entre le moment où vous remplissez ce formulaire de souscription et la date de début de la police.

Pour les problèmes de santé ci-dessous (questions 1-13), épondez oui si l'une des personnes à couvrir par ce plan:

- o a consulté un médecin ou autre professionnel de santé au cours des trois dernières années
- o a été hospitalisée, a subi une opération ou autre procédure médicale, ou a fait l'objet d'un examen (échographie, prise de sang, etc.) au cours des sept dernières années

	M	1	2	3	4
1. Troubles circulatoires : pression artérielle élevée, taux de cholestérol élevé, douleurs à la poitrine, anévrismes, varices ou thromboses veineuses profondes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Troubles endocriniens (glandulaires) : diabète (type 1 ou 2), problèmes de thyroïde, maladie d'Addison ou obésité	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Troubles respiratoires : essoufflement, asthme, bronchopneumopathie chronique obstructive, infections des voies respiratoires, pneumonie, bronchite, tuberculose, emphysème, apnée du sommeil ou allergies (y compris rhume des foins et anaphylaxie)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	M	1	2	3	4
4. Problèmes d'estomac, intestins, foie ou vessie : inflammations/ulcères à l'estomac, côlon irritable, maladie de Crohn, colites, changements de comportement du côlon, douleur abdominale, hémorroïdes, pancréatite, inflammation du foie, cirrhose, calculs biliaires ou hernies	<input type="radio"/> Y <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> Y <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> Y <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> Y <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> Y <input type="radio"/> N
5. Tumeurs bénignes, grosseurs ou états pré-cancéreux : polypes, grosseurs bénignes, grosseur au sein non kystique, maladie fibrokystique du sein ou lipomes	<input type="radio"/> Y <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> Y <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> Y <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> Y <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> Y <input type="radio"/> N
6. Problèmes cutanés : eczéma, dermatite, éruptions, psoriasis, acné, kystes, grains de beauté qui démangent ou saignent, états allergiques	<input type="radio"/> Y <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> Y <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> Y <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> Y <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> Y <input type="radio"/> N
7. Troubles du système cérébral ou nerveux : démence, migraine, maux de tête récurrents, sclérose en plaques, épilepsie/crises, douleurs nerveuses (y compris sciatique et zona), maladie de Parkinson, maladie des neurones moteurs, paralysie cérébrale, encéphalite ou méningite	<input type="radio"/> Y <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> Y <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> Y <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> Y <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> Y <input type="radio"/> N
8. Problèmes musculaires ou de squelette : arthrite, douleurs dorsales, problèmes de cou/épaules, problèmes de cartilage et ligamentaires, fractures, ostéoporose, goutte ou conditions	<input type="radio"/> Y <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> Y <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> Y <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> Y <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> Y <input type="radio"/> N
9a. Problèmes des systèmes urinaires ou reproductifs féminins : problème du rein ou de la vessie (y compris insuffisance rénale), infection urinaire récurrente, incontinence, kystes ovariens, ovaires polykystiques, inflammation pelvienne, maladie du col de l'utérus, endométriose, dysménorrhée, règles irrégulières, fibromes, maladie des seins ou infertilité	<input type="radio"/> Y <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> Y <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> Y <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> Y <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> Y <input type="radio"/> N
9b. Problèmes des systèmes urinaires ou reproductifs masculins : problème du rein ou de la vessie (y compris insuffisance rénale), infection urinaire récurrente, hypertrophie bénigne de la prostate, hypertrophie de la prostate ou infertilité	<input type="radio"/> Y <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> Y <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> Y <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> Y <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> Y <input type="radio"/> N
10. Troubles sanguins/infections/immunitaires : examens sanguins anormaux, anémie, hépatite, VIH, paludisme, autre problème auto-immune	<input type="radio"/> Y <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> Y <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> Y <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> Y <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> Y <input type="radio"/> N
11. Problèmes de l'œil, du nez et de la gorge : cataractes, glaucome, déficience visuelle, décollement de la rétine, dégénérescence maculaire, surdité, infections de l'oreille, otites, déviation de la cloison nasale, amygdalite ou gingivite	<input type="radio"/> Y <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> Y <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> Y <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> Y <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> Y <input type="radio"/> N
12. Troubles de la santé mentale : schizophrénie, bipolarité, boulimie, troubles alimentaires, dépression, stress, anxiété, addiction à la drogue/l'alcool, crises de panique, paranoïa ou TDAH	<input type="radio"/> Y <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> Y <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> Y <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> Y <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> Y <input type="radio"/> N
13. Maladies congénitales/héréditaires : syndrome de Down, spina-bifida, fibrose kystique, infirmité motrice cérébrale, fente labiale ou palatine, anémie falciforme, maladie de Huntington, thalassémie ou hémochromatose	<input type="radio"/> Y <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> Y <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> Y <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> Y <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> Y <input type="radio"/> N

Veillez répondre également aux questions suivantes :

14. Prenez-vous des médicaments, délivrés sur ordonnance ou autres ?	<input type="radio"/> Y <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> Y <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> Y <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> Y <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> Y <input type="radio"/> N
15. Souffrez-vous actuellement, ou avez-vous souffert des affections suivantes :	<input type="radio"/> Y <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> Y <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> Y <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> Y <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> Y <input type="radio"/> N
<input type="radio"/> Cancer	<input type="radio"/> Y <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> Y <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> Y <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> Y <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> Y <input type="radio"/> N
<input type="radio"/> Problème cardiaque : angine, crise cardiaque, insuffisance cardiaque, arythmie cardiaque	<input type="radio"/> Y <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> Y <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> Y <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> Y <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> Y <input type="radio"/> N
<input type="radio"/> AVC	<input type="radio"/> Y <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> Y <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> Y <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> Y <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> Y <input type="radio"/> N
<input type="radio"/> Implants et prothèses internes dans votre corps : shunts, pacemakers, remplacements d'articulations	<input type="radio"/> Y <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> Y <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> Y <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> Y <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> Y <input type="radio"/> N
16. Recevez-vous un traitement de n'importe quelle nature ou vous attendez-vous à devoir faire l'objet d'une évaluation, d'une investigation ou d'un traitement pour tout problème médical actuel ou passé qui n'a pas encore été cité dans les questions 1-13 ?	<input type="radio"/> Y <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> Y <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> Y <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> Y <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> Y <input type="radio"/> N
17. Au cours de 3 derniers mois, avez-vous 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	<input type="radio"/> Y <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> Y <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> Y <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> Y <input type="radio"/> N

7 ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX (SUITE)

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"/>	<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"/>	<input type="text"/>

8 QUESTIONS MÉDICALES ET ANTÉDÉCENTS : INFORMATIONS SUPPLÉMENTAIRES

Cette section s'applique si l'une des personnes à couvrir par ce plan a répondu Oui à toute question médicale de la section 7. Même si vous ne savez pas si certaines informations sont pertinentes, vous devez les inclure.

Souscripteur principal ou personne supplémentaire	Numéro de la question figurant dans la section 7	Précisez autant que possible le nom de la maladie ou du problème médical. Si possible, indiquez la zone du corps affectée (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 (le problème de santé continue / est récurrent / est susceptible de revenir, guérison complète, etc.) ?
M					
1					
2					
3					
4					

Si vous n'avez pas assez de place, utilisez la section « Notes » à la fin de ce formulaire et indiquez que vous l'avez fait en cochant cette case :

Pour savoir exactement ce qui couvert ou non, reportez-vous au Guide des adhérents. Les guides des plans de santé sont disponibles sur notre site Web www.bupaglobal.com

PLAN SANTÉ SELECT :

Une co-assurance obligatoire de 15 % pour les traitements ambulatoires s'applique au plan santé Select. Vous pouvez l'augmenter à 25 % en cochant les cases associées ci-dessous.

M	1	2	3	4
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

CO-ASSURANCE :

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15%	25%	15%	25%	15%	25%	15%	25%	15%	25%

PLAN SANTÉ PREMIER :

Une co-assurance obligatoire de 15 % ou 25 % pour les traitements ambulatoires est disponible avec le plan santé Premier. Si vous souhaitez ajouter une co-assurance, veuillez cocher les cases concernées ci-dessous.

M	1	2	3	4
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

CO-ASSURANCE :

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15%	25%	15%	25%	15%	25%	15%	25%	15%	25%

10 VOS INFORMATIONS DE PAIEMENT

(CONTACTEZ VOTRE REPRÉSENTANT BUPA GLOBAL SI LE PAIEMENT DOIT ÊTRE EFFECTUÉ PAR UN TIERS)

AUTORISATION DE PAIEMENT PAR CARTE

Afin de pouvoir prélever des paiements sur votre carte de crédit, Bupa Global doit conserver les informations relatives à votre carte dans un fichier.

J'autorise Bupa Global à conserver les données de ma carte ci-dessous dans un fichier et à les utiliser pour traiter les paiements.

Les conditions générales de Visa et Mastercard exigent que Bupa Global obtienne votre consentement pour stocker les informations relatives à votre carte de crédit pour une utilisation future. Ceci afin de nous permettre de prélever des paiements de votre part comme convenu dans votre contrat d'assurance, c'est-à-dire des primes, des franchises et/ou des co-assurances. Veuillez vous référer à vos documents d'assurance pour connaître les dates et les montants des paiements.

Nous vous demanderons également votre consentement pour conserver les informations relatives à votre carte de crédit si vous utilisez une carte American Express.

Votre carte restera stockée avec votre plan à des fins transactionnelles jusqu'à l'expiration de la carte. À des fins juridiques et réglementaires, nous continuerons à conserver les enregistrements de vos transactions conformément à notre Avis de confidentialité.

Si vous ne souhaitez pas que Bupa Global stocke les informations relatives à votre carte, nous ne pouvons pas accepter les paiements par carte et vous devrez choisir un autre mode de paiement.

À Bupa Global, je vous autorise, jusqu'à nouvel ordre et par écrit, à débiter mon compte de carte lorsque les paiements sont dûs. Je vous informerai immédiatement en cas de perte ou de vol de ma carte ou si je souhaite résilier ma carte ou annuler l'autorisation.

(cochez) MasterCard Visa American Express

Notez que nous n'acceptons pas les paiements par carte Maestro. Tout montant à prélever non spécifié sera annoncé avec 14 jours d'avance.

Nom du détenteur de la carte tel qu'il apparaît sur la carte

Numéro de carte

Date d'émission M M / A A Date d'expiration M M / A A

SIGNATURE DU DÉTENEUR DE LA CARTE

DATE

J J M M A A A A

Adresse du détenteur de la carte

Adresse (ligne 1)

Adresse (ligne 2)

Ville / commune

Pays

Code postal

11 AUTRES PLANS D'ASSURANCE

Si vous avez un contrat d'assurance médicale (mutuelle) en cours, cochez cette case . Si la réponse est oui, donnez les informations suivantes : (Reportez-vous aux documents de la police d'assurance fournis par l'assureur au besoin)

Nom de l'assureur

Nom du plan

Numéro de contrat d'assurance

Actuel/en cours : Date de renouvellement du plan

J J M M A A A A

Expiré : date d'expiration de la couverture

J J M M A A A A

AVIS DE CONFIDENTIALITÉ

Dernière mise à jour : Mars 2022

Nous nous engageons à protéger votre vie privée 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. 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 ou écrire à l'adresse suivante : 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, visitez 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 certaines 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 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 utilisons-nous vos informations personnelles et nos raisons juridiques pour le faire

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 preneurs d'assurance concernés (y compris votre employeur si vous êtes couvert 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 aident à vous fournir des services (par exemple, les prestataires de soins de santé) ou auprès desquelles nous avons besoin d'informations pour traiter ou vérifier les demandes de remboursement ou les droits (par exemple, les associations professionnelles). Nous partageons également vos informations conformément à la législation en vigueur. Vous pouvez en savoir plus sur les informations qui peuvent être partagées et dans quelles circonstances dans notre Avis de confidentialité complet.

8. Transferts internationaux

Nous travaillons avec des entreprises avec lesquelles nous établissons des partenariats, ou qui nous fournissent des services (comme des prestataires de santé, d'autres entreprises Bupa et des prestataires informatiques) qui sont situées dans, ou qui opèrent leurs services depuis, des pays du monde entier. En conséquence, nous transférons vos informations personnelles vers différents pays y compris des transferts de l'intérieur du Royaume-Uni vers l'extérieur du Royaume-Uni, et depuis l'intérieur de l'EEE (les États membres de l'UE plus la Norvège, le Liechtenstein et l'Islande) vers l'extérieur de l'UE, aux fins énoncées dans le présent Avis de confidentialité. Nous prenons des mesures pour nous assurer que, lorsque nous transférons vos informations personnelles dans un autre pays, une protection appropriée est en place, conformément aux lois mondiales sur la protection des données.

9. Pendant combien de temps nous conservons vos informations personnelles

Nous conservons vos informations personnelles en fonction des périodes de travail en utilisant les critères indiqués dans l'Avis de confidentialité complet.

10. Vos droits

Vous avez le droit d'accéder à vos informations et de nous demander de rectifier, effacer et restreindre l'utilisation de vos informations. Vous avez également le droit de vous opposer à l'utilisation de vos informations, de demander le transfert des informations que vous avez mises à notre disposition, de retirer votre permission à l'utilisation de vos informations et de ne pas être soumis à une prise de décision automatisée qui produit des effets juridiques vous concernant ou qui vous affecte de manière significative. Veuillez nous contacter si vous souhaitez exercer l'un de vos droits.

AVIS DE CONFIDENTIALITÉ

11. Contacts de protection des données

Si vous avez des questions, des commentaires, des réclamations ou des suggestions concernant cet avis, ou toute autre préoccupation concernant la façon dont nous traitons les informations vous concernant, veuillez nous contacter à l'adresse info@bupaglobal.com. Vous pouvez également utiliser cette adresse pour contacter notre délégué à la protection des données.

Vous avez également le droit de déposer une réclamation auprès de votre autorité locale de surveillance de la confidentialité privée. Notre siège social se situe au Royaume-Uni, où l'autorité de surveillance locale est l'Information Commissioner's Office (www.ico.org.uk) qui peut être contactée à l'adresse suivante : Wycliffe House, Water Lane, Wilmslow, Cheshire SK9 5AF, Royaume-Uni. Tél. : 0303 123 1113 (tarif local) ou 01625 545 745 (tarif national).

NOTRE PROCÉDURE DE RÉCLAMATIONS

Si vous avez une question ou une réclamation, vous pouvez appeler le service client de Bupa Global au + 33 (0)1 57329109. Vous pouvez également envoyer un e-mail ou écrire à l'équipe à : Service@bupaglobal.com; Bupa Global, Victory House, Trafalgar Place, Brighton, BN1 4FY. Royaume-Uni.

Vous pouvez également utiliser ces coordonnées pour demander un exemplaire complet de notre procédure de réclamations.

Il est extrêmement rare que nous ne puissions pas régler une réclamation, mais si c'est le cas, vous pouvez transmettre votre réclamation au médiateur pour les Services financiers et le médiateur des Pensions.

- vous pouvez leur écrire à : maison de Lincoln, Lincoln Place, Dublin 2;
- ou téléphonez au + 353 1 567 7000
- vous trouverez plus de détails sur leur site Web : www.fspo.ie

Les clients résidant en France et à Monaco peuvent également adresser une réclamation à l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution, Service Informations et Réclamations, 61 rue Taitbout, 75436 Paris Cedex 9, France.

SI VOUS AVEZ ÉTÉ INTRODUIT PAR UN INTERMÉDIAIRE

Vous avez peut-être reçu des conseils d'un intermédiaire. Dans certaines juridictions, Bupa Global exige votre consentement au paiement de votre intermédiaire pour son rôle dans l'introduction de votre adhésion. Le cas échéant, nous déduisons des frais de chaque paiement de souscription reçu de votre part et les transmettons à votre intermédiaire en votre nom. Pour écarter tout doute, le consentement au paiement des honoraires de votre intermédiaire n'affecte pas le montant des primes payables par vous-même qui resterait le même, que vous nous ayez contactés directement ou non. Lors du renouvellement de votre police, nous continuerons à payer votre intermédiaire jusqu'à ce que vous nous en informiez autrement par écrit.

NOTES