

AMARIZ SANTE

Des prestations efficaces pour faire face à vos dépenses de santé et des garanties complètes pour vous assurer la tranquillité

Ce produit répond aux demandes de ceux qui veulent s'assurer que leurs besoins d'assurance santé sont satisfaits maintenant et dans le futur



Pour discuter de vos besoins d'assurance santé, veuillez contacter :

AMARIZ LIMITED

N° Vert 0800 900 258

Email : info@amariz.co.uk

www.amariz.co.uk

Coverholder at **LLOYD'S**

4 OPTIONS :

Cochez l'option (les options) de votre choix :

(Contactez-nous si vous avez besoin de renseignements sur la couverture ou si nous pouvons vous aider à remplir la demande d'adhésion)

- ASSURANCE MALADIE AU PREMIER EURO OR ***
- ASSURANCE MALADIE AU PREMIER EURO ARGENT** (Consultations/visites exclues)
- ASSURANCE HOSPITALISATION ***
- ASSURANCE COMPLEMENTAIRE** **CLASSIQUE** [Sans questionnaire de santé](#)
 LUXE *

EXCLUSION ACCIDENT : Je dispose déjà d'une assurance obligatoire pour les frais médicaux suite à un accident

* Comprenant une garantie individuelle accident pour les personnes âgées de moins de 65 ans à la souscription

Contrat de Groupe souscrit par Schetland e.V. pour ses membres et garanti par certains assureurs de Lloyd's de Londres

LE TITULAIRE

NOM : Prénom :

Adresse :

Code Postal : Ville :

Pays : Tél : Bur :

Email : Port : Fax:

Profession :(joindre un justificatif si vous êtes étudiant(e))

Situation de famille : Célibataire Marié(e) Divorcé(e) Séparé(e) Veuf(ve) Autre

Pour toutes les options sauf l'Assurance Complémentaire CLASSIQUE, cochez si vous êtes gaucher (pour la garantie individuelle accident)

Pour l'Assurance Complémentaire LUXE uniquement :

Numéro de Sécurité Sociale : Caisse Gestionnaire :

Joindre une copie de votre attestation Carte Vitale

Comment avez-vous eu connaissance de notre société ? Annonce Google Recherche Google Autre recherché internet Ami/collègue
 Adhérent MLPS Euro Suisse Courtage Autre (veuillez préciser)

DATE D'EFFET / SIGNATURE

DATE D'EFFET SOUHAITEE : / / ou IMMEDIAT (au plus tôt la date de réception de votre demande d'adhésion complétée)

DELAI D'ATTENTE :

OUI Je n'ai pas eu de couverture maladie pendant les trois mois qui précèdent mon adhésion au contrat AMARIZ SANTE et j'aurai un délai d'attente (voir Article 3 de l'extrait des conditions générales).

NON J'ai bénéficié d'une couverture maladie équivalente pendant les trois derniers mois et je joins un justificatif de celle-ci (copie de ma Carte Vitale ou Attestation Carte Vitale ou certificat de radiation de mon ancienne assurance maladie).

Si le(s) justificatif(s) ne sont pas joint(s), le délai d'attente sera appliqué.

La garantie est acquise à la date demandée par le proposant et au plus tôt le jour de réception de sa demande d'adhésion sous réserve d'un état de santé susceptible d'être accepté (Assurance Maladie au Premier Euro Or, Assurance Maladie au Premier Euro Argent, Assurance Hospitalisation et Assurance Complémentaire Luxe). Dans le cas où ce dernier point ne serait pas vérifié pour une ou plusieurs personnes notées sur la demande d'adhésion, celle-ci serait soumise à l'Assureur pour acceptation. Jusqu'à notification de la réponse de l'Assureur, la garantie est acquise pour tout risque accidentel avec un maximum de deux mois à compter de la souscription. L'Assureur se réserve le droit de refuser toute demande d'adhésion. En cas de refus d'admission à l'Assurance, l'Assureur n'est pas tenu d'en donner les raisons

Toutes informations données à Amariz Limited seront traitées selon les exigences de la Loi sur la Protection des Données (Data Protection Act 1998). Notre Déclaration sur la Protection des Données est publiée sur notre site web. Les informations que vous avez données sur cette demande d'adhésion seront utilisées par l'Assureur pour l'acceptation de votre adhésion et par Amariz Limited pour la mise en place et la gestion de votre couverture d'assurance. Dans le cas où votre demande d'adhésion serait soumise au Médecin Conseil de l'Assureur pour étude, des informations personnelles et médicales que vous avez fournies lui seront transmises et vous en recevrez une confirmation écrite vous informant de son identité.

Les informations que j'ai données servent de base à mon adhésion. Toute réticence ou fausse déclaration de ma part peut entraîner la résiliation de mon adhésion ou le non-paiement d'un sinistre. Je devrais donc déclarer toute information importante sur cette demande d'adhésion, soit toute information que l'Assureur considérerait susceptible d'influencer l'étude et l'acceptation de ma demande d'adhésion. Si je ne suis pas sûr(e) si une information est importante ou pas, je devrais la déclarer. Jusqu'à la date de prise d'effet de mon adhésion, je devrais aviser l'Assureur de tout changement de mon état de santé. Je reconnais avoir pris connaissance des conditions et exclusions indiquées dans les conditions générales du contrat et le résumé de la police. Je confirme que je consens explicitement au traitement de mes données personnelles pour la mise en place et la gestion de ma couverture d'assurance.

Date et signature
Précédée de la mention
'LU ET APPROUVE'

PERSONNES A GARANTIR

NOM					
PRENOM					
DATE DE NAISSANCE					
SEXE	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>				

QUESTIONNAIRE DE SANTE – REpondre a TOUTES LES QUESTIONS (ASSURANCE PREMIER EURO OR ET ARGENT, HOSPITALISATION & COMPLEMENTAIRE LUXE)

Des informations médicales délicates devront être traitées afin de fournir une couverture. Veuillez obtenir le consentement des éventuelles autres personnes nommées avant de divulguer celles-ci. Si vous jugez que les informations relatives à votre état de santé doivent rester confidentielles, adressez-les sous pli fermé à l'attention du Médecin Conseil.

Si vous n'avez pas assez de place pour répondre aux questions, merci d'utiliser un pli séparé.

1	Taille	.....M	.....M	.....M	.....M	.....M
	Poids	.....Kg	.....Kg	.....Kg	.....Kg	.....Kg
2	Pression artérielle	..... / ..... cmHg	..... / ..... cmHg	..... / ..... cmHg	..... / ..... cmHg	..... / ..... cmHg
	Systolique / Diastolique					
	OBLIGATOIRE	Si vous ne connaissez pas votre tension artérielle, vous pouvez la faire prendre par un médecin ou un pharmacien				
3	Fumez-vous ?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
4	Avez-vous été hospitalisé ou subi une intervention chirurgicale ? Si oui, date et nature	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
5	Devez-vous être hospitalisé ou subir une intervention chirurgicale ? Si oui, date et motif	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
6	Avez-vous suivi ou suivez-vous un traitement médical ? Si oui, lequel ?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
7	Etes-vous atteint d'une affection chronique ou de longue durée ? Si oui, laquelle ?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
8	Avez-vous des séquelles d'accident, de maladie et/ou d'infirmité ? Si oui, préciser	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
9	Avez-vous été ou êtes-vous en incapacité de travail ? Si oui, préciser	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
10	Envisagez-vous des travaux de prothèses dentaires ou d'orthodontie dans les 12 prochains mois ? (OR, ARGENT et LUXE)	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> Si oui, joindre un devis	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> Si oui, joindre un devis	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> Si oui, joindre un devis	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> Si oui, joindre un devis	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> Si oui, joindre un devis

AVERTISSEMENT : Vous êtes conseillé de remplir cette demande d'adhésion vous-même. Si cela n'est pas possible, vous ne devriez pas signer la demande d'adhésion sans l'avoir lue et sans avoir vérifié que les réponses données aux questions sont exactes et complètes. Vous devriez également indiquer qui a complété la demande d'adhésion de votre part :

Fait à le

SIGNATURE précédée par la mention 'LU ET APPROUVE'

ADHESION A SCHETLAND e.V.

Le contrat maladie AMARIZ SANTE est un contrat de groupe qui a été souscrit par Schetland e.V. pour ses membres. Vous devez donc devenir membre de Schetland e.V. afin de pouvoir bénéficier des garanties maladie :

- J'accepte mon adhésion à Schetland e.V. et déclare avoir pris connaissance des statuts de l'organisation joints à ma demande d'adhésion
- Je joins un chèque de € 18,00 à l'ordre d'AMARIZ LIMITED à titre de ma cotisation annuelle à Schetland e.V.*
- Je préférerais que ma cotisation annuelle à Schetland e.V. soit prélevée avec ma cotisation d'assurance* (compléter l'autorisation de prélèvement ci-dessous)
- * La cotisation annuelle sera transférée à Schetland par Amariz Limited

Date et signature
Précédée de la mention
'LU ET APPROUVE'

MOYEN DE PAIEMENT

Les cotisations sont payables d'avance :

- mensuellement, trimestriellement, semestriellement ou annuellement (réduction de 5 % pour paiement annuel)
- par prélèvement automatique le 8 du mois (remplir l'autorisation de prélèvement ci-dessous) ou
- par virement ou
- par chèque

AUTORISATION DE PRELEVEMENT SEPA

Nom du Créancier : AMARIZ LIMITED

Identifiant Créancier SEPA : FR02ZZZ476535

En signant ce formulaire vous autorisez AMARIZ LIMITED à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions d'AMARIZ LIMITED. Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Une demande de remboursement doit être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé.

Nom, Prénom et Adresse du Débiteur

Nom Prénom.....
Adresse.....
Code Postal..... Ville..... Pays.....

Date / /

Désignation du Compte à Débitier (Joindre votre RIB) :

Signature

IBAN

BIC

- J'autorise Amariz Ltd à prélever ma cotisation annuelle pour Schetland e.V. (celle-ci sera transférée à Schetland)
- Je souhaiterais recevoir mes remboursements de soins par virement bancaire sur ce compte.
- Je voudrais recevoir mes remboursements de soins par virement bancaire sur un compte différent (joindre R.I.B.)

REMARQUES : Les prélèvements ont lieu le 8 du mois. En cas d'impayé, les frais (frais bancaires + frais annexes) seront à la charge de l'Adhérent.

LES DIFFERENTES PARTIES / LOI APPLICABLE

Ce contrat d'assurance de groupe a été conclu entre Schetland e.V. pour ses membres et certains assureurs de Lloyd's de Londres. Amariz Limited, Imperial House, 1 Harley Place, Bristol, BS8 3JT, Royaume-Uni a été nommé comme Gestionnaire. Ce dernier aura l'autorité pour étudier et traiter les demandes d'adhésions, préparer et émettre des certificats d'assurance et payer les sinistres approuvés par l'Assureur. Toutes correspondances, demandes d'informations et sinistres devront être adressées au Gestionnaire. Il est possible de choisir la Loi applicable à un contrat d'assurance garantissant un risque situé dans l'Espace Economique Européen. L'Assureur a décidé que la Loi Anglaise s'appliquera. Le paiement d'une cotisation par un Adhérent fait preuve de l'acceptation du choix de l'Assureur. Pour qu'une quelconque autre Loi soit applicable, cela doit être convenu par les deux parties et ce par écrit. La police individuelle accident 'Minerva' est soumise aux lois de la République Française. Il est par ailleurs avisé que les Souscripteurs du Lloyd's de Londres sont soumis au contrôle du Financial Conduct Authority au 25 The North Colonnade, Canary Wharf, London E14 5HS, Royaume-Uni.

OU ENVOYER VOTRE DEMANDE D'ADHESION

Nous vous remercions d'envoyer toute demande d'adhésion complétée à l'adresse suivante :
AMARIZ LIMITED, IMPERIAL HOUSE, 1 HARLEY PLACE, BRISTOL BS8 3JT, ROYAUME-UNI



Email : info@amariz.co.uk

Fax : +44 (0)117 974 5780

Avant d'envoyer votre demande d'adhésion, merci de vérifier que vous avez :

SIGNE :

- La case pour Schetland e.V.
- La case dans la partie Date d'Effet/Signature
- Le Questionnaire de Santé (complété en entier)
- L'Autorisation de Prélèvement

JOINT :

- Un chèque de € 18,00 à l'ordre d'AMARIZ LTD (paiement par chèque)
- Une copie de votre attestation Carte Vitale (Complémentaire LUXE)
- Un justificatif de votre couverture équivalente précédente
- Un original de votre R.I.B. (pour paiement par prélèvement)

EN PLUS, VEUILLEZ VERIFIER QUE VOUS AVEZ FOURNI LA TENSION ARTERIELLE DE TOUTES LES PERSONNES A ASSURER