

# 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.

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

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 client existant, 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

Si vous êtes un client actuel, vous pouvez mettre à jour les informations relatives à votre carte en toute sécurité et effectuer vos paiements en ligne via l'application ou le site MembersWorld.

Vous pouvez également modifier vos informations personnelles, comme votre adresse, votre numéro de téléphone ou votre adresse e-mail.

Connectez-vous ou créez un compte sur <https://membersworld.bupaglobal.com>

### 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 : [eadirectsales@bupa.com](mailto:eadirectsales@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.

## 1 Souscripteur principal : détails de l'adhésion

Si vous êtes déjà membre et que vous souhaitez apporter des modifications à votre police d'assurance, veuillez indiquer votre numéro de membre.

Numéro de membre du souscripteur principal

## 2 Vos informations personnelles

### Vos informations personnelles

Titre		Homme	<input type="radio"/>	Femme	<input type="radio"/>	Date de naissance	J	J	M	M	A	A	A	A
Prénom		Autre prénom												
Nom de famille														
Nationalité		Langue												

### Vos coordonnées

Téléphone/mobile (inclure l'indicatif du pays/de la région)

E-mail

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

Adresse	
Ville/Commune	
Comté/Région	
Code postal/Zip/Région	Pays

Si vous avez déjà souscrit à un contrat d'assurance Bupa par le passé, veuillez fournir le numéro de membre.

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

Adresse	
Ville/Commune	
Comté/Région	
Code postal/Zip/Région	Pays

## 3 Votre couverture

En soumettant ce formulaire de demande de souscription, vous reconnaisez que vous demandez / mettez à jour votre assurance médicale privée internationale auprès de Bupa Global.

Les détails de l'assurance se trouvent dans votre lettre de devis et les conditions générales d'assurance dans le Guide de membre.

Numéro de référence du devis ou nom du produit (le cas échéant)


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

Date de début (ne peut être comprise entre le 28 et le 31 du mois)

J J M M A A A A

Préférence de langue pour la documentation\*

French

Français

\*(uniquement pour les clients de BGHP France)

## 4

## Personnes à charge couvertes par votre police d'assurance

Si l'une de ces personnes à charge a une adresse de résidence ou de correspondance différente de la vôtre, veuillez inscrire son nom et son adresse dans la section Notes à la fin de ce formulaire et confirmez que vous l'avez fait en cochant cette case  Si ce n'est pas le cas, nous assumons qu'elle a la même adresse que vous.

### Personne à charge 1

Titre										Homme	<input type="radio"/>	Femme	<input type="radio"/>	Date de naissance	J	J	M	M	A	A	A	A	
Prénom												Autre prénom											
Nom de famille																							
Nationalité												Pays de résidence											
Langue												Lien de parenté avec vous											
Téléphone/mobile (inclure l'indicatif du pays/de la région)																							
E-mail																							
Si la personne a déjà souscrit une police d'assurance Bupa, veuillez indiquer le numéro de police.																							

### Personne à charge 2

Titre										Homme	<input type="radio"/>	Femme	<input type="radio"/>	Date de naissance	J	J	M	M	A	A	A	A	
Prénom												Autre prénom											
Nom de famille																							
Nationalité												Pays de résidence											
Langue												Lien de parenté avec vous											
Téléphone/mobile (inclure l'indicatif du pays/de la région)																							
E-mail																							
Si la personne a déjà souscrit une police d'assurance Bupa, veuillez indiquer le numéro de police.																							

### Personne à charge 3

Titre										Homme	<input type="radio"/>	Femme	<input type="radio"/>	Date de naissance	J	J	M	M	A	A	A	A	
Prénom												Autre prénom											
Nom de famille																							
Nationalité												Pays de résidence											
Langue												Lien de parenté avec vous											
Téléphone/mobile (inclure l'indicatif du pays/de la région)																							
E-mail																							
Si la personne a déjà souscrit une police d'assurance Bupa, veuillez indiquer le numéro de police.																							

## 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.

**Veuillez 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

Veuillez 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 et/ou les personnes à votre charge avez déjà souscrit une police d'assurance auprès de nous, vous devez nous communiquer l'ensemble de votre dossier médical, ainsi que celui des personnes à votre charge, y compris les demandes de remboursement et/ou les autorisations préalables dont vous avez bénéficié auprès de nous. Nous pouvons encore poser des questions supplémentaires sur votre dossier médical et celui des personnes à votre charge afin de pouvoir décider des conditions de la police d'assurance.

**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 des personnes à votre charge présente des symptômes entre le moment où vous remplissez le présent formulaire de demande de souscription et la date d'émission ou de début de la police (la date la plus tardive étant retenue). 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
1. 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 checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
2. 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 checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
3. 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 checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
4. 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 checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
5. Au cours des sept dernières années, un souscripteur a-t-il été hospitalisé ?	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
6. 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 diagnostiquée ou traité ?	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
7. 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 ?				
○ Se poursuit indéfiniment, les symptômes ou l'affection peuvent réapparaître ou sont susceptibles de réapparaître ?	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
○ Nécessite une surveillance continue ou à long terme par le biais de consultations, d'examens, de contrôles et de tests	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
○ Besoin d'un soulagement continu ou à long terme des symptômes	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>

## 6

## Antécédents médicaux (suite)

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

## 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.

Veuillez 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 checked="" type="checkbox"/> O
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 ?
Souscripteur principal		Quel traitement avez-vous reçu et quand (citez les dates, noms, médicaments, etc.) ?
Personne à charge 1		Quel a été le résultat du traitement (par ex. le problème de santé continue/est récurrent/est susceptible de recommencer, guérison complète, etc.) ?
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

## Vos détails de paiement

(Contactez votre représentant Bupa Global si le paiement doit être effectué par un tiers)

Quelle devise souhaitez-vous utiliser pour payer la police d'assurance ? (veuillez cocher une case)	GBP £ <input type="radio"/>	USD \$ <input type="radio"/>	EUR € <input type="radio"/>
À quelle fréquence souhaitez-vous effectuer le paiement des primes ?	Mensuellement <input type="radio"/>	Trimestrielle <input type="radio"/>	Annuellement <input type="radio"/>

### Moyen de paiement

Vous pouvez payer votre police d'assurance par prélèvement automatique, carte de crédit, chèque ou traite bancaire. Nous ne pouvons pas accepter les paiements en espèces.

**À savoir :** si vous avez choisi une franchise, une co-assurance et/ou de payer votre prime chaque mois, vous devez payer par prélèvement automatique ou par carte de crédit. Merci de nous assurer que nous disposons toujours d'une autorisation de prélèvement ou d'une autorisation de paiement par carte en cours de validité. Si ce n'est pas le cas, il se peut que nous mettions plus de temps à payer les demandes de remboursement.

Merci de choisir le moyen de paiement de votre police d'assurance :

Par carte de crédit (remplissez à présent la <b>section d'autorisation de paiement par carte</b> ci-dessous) <input type="radio"/>
Par prélèvement automatique auprès d'une banque britannique (paiements en livres sterling uniquement) (remplissez à présent la section relative au prélèvement automatique à la page suivante) <input type="radio"/>
Par chèque ou traite bancaire dans la devise que vous avez indiquée ci-dessus. Indiquez le nom de la personne qui paie les primes dans la case prévue à cet effet. Si la personne nommée n'est pas le titulaire de la police d'assurance, elle sera soumise aux contrôles KYC (Know Your Customer) de Bupa.
Nom

### Autorisation de paiement par carte

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. Cela nous permet de percevoir les paiements convenus dans votre contrat d'assurance médicale privée internationale, tels que les primes, les franchises et/ou les 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 police d'assurance à des fins transactionnelles. 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.

J'autorise Bupa Global à débiter mon compte de carte à l'échéance des paiements. Je vous informerai immédiatement en cas de perte ou de vol de la carte ou si je souhaite fermer mon compte bancaire ou annuler l'autorisation de paiement par carte.

J'autorise Bupa Global à conserver les données de ma carte ci-dessous dans un fichier et à les utiliser pour traiter les paiements. <input type="radio"/>			
Cochez	MasterCard <input type="radio"/>	Visa <input type="radio"/>	American Express <input type="radio"/>

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 titulaire de la carte
------------------------------------

Date de la signature
J J M M A A A A

**Adresse du titulaire de la carte** (si elle diffère de l'adresse du souscripteur principal)

Adresse			
Ville/Commune			
Comté/Région			
Code postal/Zip/Région		Pays	

## 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**

### **Autorisation donnée à votre établissement bancaire**

Veuillez 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 :**

## **Signature du titulaire du compte**

For more information about the study, please contact Dr. John Smith at (555) 123-4567 or via email at [john.smith@researchinstitute.org](mailto:john.smith@researchinstitute.org).

### 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 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.



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.

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.

## Mise à jour pour inclure la couverture des États-Unis une fois que la police d'assurance a commencé

**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
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/> N			
<input checked="" type="checkbox"/> N			

**1. Combien de temps comptez-vous rester aux États-Unis ?**

**2. Avez-vous un traitement en cours ou prévu ?**

Si oui, veuillez fournir des détails dans la case ci-dessous

**3. Femmes uniquement : Êtes-vous actuellement enceinte ?**

## Avis de confidentialité

### 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.** 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 l'équipe 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-notices**

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 aimerais 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

11

## Avis de confidentialité (suite)

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(e) 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.

## **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](mailto: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 de vos données. Nous sommes réglementés par le Commissaire à la protection des données ([www.dataprotection.ie](http://www.dataprotection.ie)) qui peut être contacté au 21 Fitzwilliam Square South, Dublin 2, D02 RD28, Irlande. Tél +353 (0)761 104 800 ou +353 (0)57 868 4800.

11

## Votre déclaration

À ma connaissance, les informations données dans ce formulaire de demande de souscription sont exactes, véridiques et complètes. Je comprends que les prestations peuvent ne pas être payables en totalité ou pas du tout et que ma police peut être traitée comme si elle n'avait pas existé, si je ne fais pas preuve d'une diligence raisonnable en fournissant les informations demandées dans le présent formulaire de demande de souscription.

Si j'ai donné des informations au nom de toute personne à charge à couvrir par ce contrat d'assurance, je confirme avoir vérifié auprès d'elle que ces informations sont exactes avant d'avoir rempli ce formulaire de demande de souscription et j'ai son accord exprès pour soumettre ce formulaire de demande de souscription en son nom, ou je suis son représentant légal.

Je comprends que mes informations personnelles et celles de toute autre personne à charge devant être couverte par cette police d'assurance seront traitées par Bupa Global aux fins énoncées dans l'avis de confidentialité ci-dessus. Je confirme que j'ai porté l'avis de confidentialité à l'attention des personnes à charge couvertes par la présente police d'assurance.

Je comprends et j'accepte que certaines communications écrites relatives à la présente demande de souscription, y compris toute information relative aux demandes de remboursement, se fassent en anglais, et que certaines communications verbales se fassent également en anglais. Je reconnais que Bupa s'efforcera de faciliter la communication verbale dans une autre langue si possible.

Je m'engage à respecter les conditions de contrat d'assurance de mon plan santé (et en cas de couverture accordée à toute autre personne à couvrir par ce contrat d'assurance mais sous un plan santé différent, aux conditions de contrat d'assurance de ce plan santé). J'accepte que le droit irlandais s'applique à la police lors de la souscription à Global Health Plans EEA, BWHO (Bupa Worldwide Health Options) et Lifeline. J'accepte que le droit français s'applique à la police lors de la souscription à Global Health Plans France et Monaco.

J'accepte que ma police se termine lorsque j'informe Bupa Global que je suis devenu résident permanent des États-Unis (ou dans le cas où une personne à charge devient résident des États-Unis, sa couverture au titre de la police se terminera).

**Il est essentiel que vous preniez un soin raisonnable à nous fournir des informations complètes, exhaustives et exactes lorsque vous remplissez ce formulaire de demande de souscription.**

Si vous ne fournissez pas des informations complètes, nous ne pourrons pas traiter votre demande de souscription. Veuillez à vérifier l'ensemble du formulaire de demande de souscription.

**Si vous ne prenez pas le soin raisonnable de nous fournir des informations complètes et exactes sur vous-même ou sur toute autre personne à charge couverte par la police, nous aurons le droit de traiter votre police comme si elle n'avait pas existé, ou de refuser de payer la totalité ou une partie d'une demande de remboursement.**

Remplissez votre formulaire avec les antécédents médicaux complets et à jour avant de le signer et de le dater. Nous pouvons vous demander de faire une déclaration de bonne santé ou de soumettre un nouveau formulaire de demande de souscription si :

- o nous ne recevons pas ce formulaire de demande de souscription dans les six semaines suivant la date de déclaration, ou
  - o la date de déclaration précède de plus de six semaines la date de début de votre couverture.

Nous vous recommandons de conserver une trace de toutes les informations que nous vous fournissons dans le cadre de ce formulaire de souscription, y compris les lettres et tout autre document et correspondance échangés entre vous et Bupa Global. Si vous souhaitez une copie de ce formulaire de demande de souscription, faites-nous-en la demande.

**Je signe le présent formulaire de demande de souscription en confirmant que son contenu est exact et véridique.**

Veuillez vous assurer que des documents Know Your Customer (KYC) à jour ont été fournis pour le souscripteur principal et les personnes à charge (âgées de plus de 16 ans), le cas échéant. Si vous avez besoin d'informations sur les documents requis, veuillez contacter votre représentant commercial Bupa Global. Si nous ne recevons pas des documents exacts, la demande de souscription pourrait être retardée ou annulée.

Nom de l'Intermédiaire																									
Identité de l'Intermédiaire																									

En cas de ventes non sollicitées, les demandes de souscription ne seront acceptées que dans les pays qui autorisent les ventes non sollicitées de contrats d'assurance médicale privée internationale, y compris ceux fournis sur une base transfrontalière, le cas échéant. Pour plus d'informations, veuillez vous adresser à votre représentant commercial Bupa Global.

Vente sollicitée (encouragée). Cochez la case s'il s'agit d'une vente sollicitée.	<input type="checkbox"/>
Vente non sollicitée. En cochant cette case, je confirme par la présente que nous n'avons pas encouragé, ni sollicité ni approché le client et que le client n'a ni sollicité ni demandé de conseils.	<input type="checkbox"/>

<b>Signature de l'Intermédiaire</b>	<b>Date de la signature</b>
	J J M M A A A A

Nom en majuscules																								
-------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**Nous nous réservons le droit de demander des informations complémentaires lorsque approprié ou nécessaire.**

#### Liste de contrôle finale

**Avant de nous renvoyer ce formulaire, veuillez vous assurer que vous avez :**

- inclus les coordonnées complètes de toutes les personnes que vous souhaitez voir couvertes par la police
- vérifié que les données de chacun sont correctes
- montré à chaque personne à charge l'avis de confidentialité
- vérifié que vous avez l'accord de toutes les personnes pour nous envoyer ce formulaire en leur nom, ou que vous êtes leur représentant légal
- signé et daté la section de déclaration
- conservé une copie pour vos propres dossiers

#### Que se passe-t-il ensuite ?

Nous examinerons les informations que vous nous avez fournies et, si nous avons besoin de plus de détails, nous vous contacterons. Si nous n'avons pas besoin de vérifier quoi que ce soit avec vous, nous vous enverrons un pack de bienvenue.

# Remarques