

# Formulaire de souscription médicale complète

## Full Medical Underwriting application

Souscrit par SiriusPoint International Insurance Corporation  
Underwritten by SiriusPoint International Insurance Corporation

Souscription médicale complète (FMU) - Il s'agit de demander des détails sur vos antécédents médicaux complets. Sur la base des informations reçues, nous confirmons les conditions que nous sommes en mesure de vous offrir et les exclusions qui peuvent s'appliquer. Si des conditions spéciales ont été proposées, elles seront détaillées sur votre certificat/déclaration d'assurance.

Full Medical Underwriting (FMU) - This is where we ask for details of your full medical history. Based on the information received we will confirm what terms we are able to offer you and any exclusions that may apply. Where special terms have been offered these will be detailed on your certificate/declaration of insurance.

### Remplir ce formulaire

#### Filling out this form

- Utilisez ce formulaire pour souscrire à l'un de nos quatre plans d'assurance médicale Global Prima Medical Insurance®.
- Use this form to apply for one of our four Global Prima Medical Insurance Plans.
- Vous devez prendre soin de répondre à toutes les questions suivantes qui nous sont utiles pour vous fournir cette assurance et fixer les conditions et la prime. Veuillez nous contacter si vous ne comprenez pas la question ou la nature des informations demandées ou demandez conseil à votre courtier. La non-fourniture d'informations ou la fourniture d'informations incomplètes ou inexacts peut entraîner la perte de la couverture ou d'autres recours. N'oubliez pas de signer la déclaration à la page 7.
- You must take care in answering all the following questions which are relevant to us in providing this insurance and setting the terms and premium. Please contact us if you do not understand the question or the nature of the information required or please seek guidance from your broker. Failure to provide information or the provision of incomplete or inaccurate information may result in the loss of cover or other remedies. Remember to sign the Declaration on page 7.
- Veuillez écrire clairement en lettres majuscules.
- Please write clearly using capital letters.
- Si vous avez des questions, contactez-nous au +44 (0) 1903 817970 (Royaume-Uni).
- If you have any questions, call us on +44 (0) 1903 817970 (UK).
- Si vous souhaitez obtenir une copie de ce formulaire de souscription, veuillez-nous [2]en informer dans les trois mois.
- If you'd like a copy of this application form, please let us know within 3 months.

### Quelle est la prochaine étape ?

#### What's next?

- Renvoyez-nous le formulaire rempli en utilisant **une** de ces options :
- Send your completed form back to us using **one** of these options:
  - Email:** [GPMIIndividual@imglobal.com](mailto:GPMIIndividual@imglobal.com)
  - Adresse postale :** IMG, 3e étage, Fitzalan House, Fitzalan Court, Cardiff, CF24 0EL Royaume-Uni
  - Post:** IMG, 3rd Floor, Fitzalan House, Fitzalan Court, Cardiff, CF24 0EL, United Kingdom
- Nous vous écrirons pour vous faire part de nos conditions et vous demanderons de payer dans un délai de 5 jours ouvrables.
- We'll write to you with your terms and requesting payment within 5 working days.
- Une fois que nous aurons reçu votre paiement, nous vous enverrons les documents relatifs à votre police d'assurance.
- Then, once we've received your payment, we'll send your policy documentation.

## 1 Choix du niveau de couverture

### Choosing your level of cover

Veuillez sélectionner **un plan** pour la couverture de toutes les personnes figurant sur ce formulaire de souscription, puis cochez les cases pour choisir votre niveau de couverture.

Pour plus d'infos sur nos plans, allez sur [www.imglobal.com/intl](http://www.imglobal.com/intl) ou scannez simplement ce code avec votre smartphone →

Please select **the plans** below to cover everyone on this application, then tick the boxes to choose your level of cover.

For more information on our plans, visit [www.imglobal.com/intl](http://www.imglobal.com/intl) or simply scan this code with your smartphone →



| <input type="checkbox"/> BRONZE PLUS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> ARGENT / SILVER                                                                                                                                                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> OR / GOLD                                                                                                                                                                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> PLATINE / PLATINUM                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Traitement en hospitalisation, en hospitalisation de jour et en ambulatoire<br>In-patient, day-patient, and out-patient treatment                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | <input checked="" type="checkbox"/> Traitement en hospitalisation, en hospitalisation de jour et en ambulatoire<br>In-patient, day-patient, and out-patient treatment                                                                                                                                          | <input checked="" type="checkbox"/> Traitement en hospitalisation, en hospitalisation de jour et en ambulatoire<br>In-patient, day-patient, and out-patient treatment                                                                                                                                          | <input checked="" type="checkbox"/> Traitement en hospitalisation, en hospitalisation de jour et en ambulatoire<br>In-patient, day-patient, and out-patient treatment                                                                                                                                          |
| <input checked="" type="checkbox"/> Évacuation sanitaire ou rapatriement<br>Evacuation or Repatriation                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | <input checked="" type="checkbox"/> Évacuation sanitaire ou rapatriement<br>Evacuation or Repatriation                                                                                                                                                                                                         | <input checked="" type="checkbox"/> Évacuation sanitaire ou rapatriement<br>Evacuation or Repatriation                                                                                                                                                                                                         | <input checked="" type="checkbox"/> Évacuation sanitaire ou rapatriement<br>Evacuation or Repatriation                                                                                                                                                                                                         |
| Limite prestation grossesse et accouchement ordinaires :<br>Routine Pregnancy & Childbirth limit:<br><input type="checkbox"/> N/A<br><input type="checkbox"/> £5,000/€5,000/US\$5,000<br><input type="checkbox"/> £10,000/€10,000/US\$10,000<br><input type="checkbox"/> £20,000/€20,000/US\$20,000                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Limite prestation grossesse et accouchement ordinaires :<br>Routine Pregnancy & Childbirth limit:<br><input type="checkbox"/> N/A<br><input type="checkbox"/> £5,000/€5,000/US\$5,000<br><input type="checkbox"/> £10,000/€10,000/US\$10,000<br><input type="checkbox"/> £20,000/€20,000/US\$20,000            | Limite prestation grossesse et accouchement ordinaires :<br>Routine Pregnancy & Childbirth limit:<br><input type="checkbox"/> N/A<br><input type="checkbox"/> £5,000/€5,000/US\$5,000<br><input type="checkbox"/> £10,000/€10,000/US\$10,000<br><input type="checkbox"/> £20,000/€20,000/US\$20,000            | Limite prestation grossesse et accouchement ordinaires :<br>Routine Pregnancy & Childbirth limit:<br><input type="checkbox"/> N/A<br><input type="checkbox"/> £5,000/€5,000/US\$5,000<br><input type="checkbox"/> £10,000/€10,000/US\$10,000<br><input type="checkbox"/> £20,000/€20,000/US\$20,000            |
| Soins dentaires<br>Dental Treatment Limit<br><input type="checkbox"/> N/A<br><input type="checkbox"/> £1,000/€1,000/US\$1,000<br><input type="checkbox"/> £2,000/€2,000/US\$2,000                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Soins dentaires<br>Dental Treatment Limit<br><input type="checkbox"/> N/A<br><input type="checkbox"/> £1,000/€1,000/US\$1,000<br><input type="checkbox"/> £2,000/€2,000/US\$2,000                                                                                                                              | Soins dentaires<br>Dental Treatment Limit<br><input type="checkbox"/> N/A<br><input type="checkbox"/> £1,000/€1,000/US\$1,000<br><input type="checkbox"/> £2,000/€2,000/US\$2,000                                                                                                                              | Soins dentaires<br>Dental Treatment Limit<br><input type="checkbox"/> N/A<br><input type="checkbox"/> £1,000/€1,000/US\$1,000<br><input type="checkbox"/> £2,000/€2,000/US\$2,000                                                                                                                              |
| Zone de couverture : / Area of cover:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <input type="checkbox"/> Zone 1 - Europe<br>Area 1 - Europe<br><input type="checkbox"/> Zone 2 - Monde entier, exceptés les États-Unis et tous les territoires américains<br>Area 2 - Worldwide excluding USA and any USA territories.<br><input type="checkbox"/> Zone 3 - Monde entier<br>Area 3 - Worldwide                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> Zone 1 - Europe<br>Area 1 - Europe<br><input type="checkbox"/> Zone 2 - Monde entier, exceptés les États-Unis et tous les territoires américains<br>Area 2 - Worldwide excluding USA and any USA territories.<br><input type="checkbox"/> Zone 3 - Monde entier<br>Area 3 - Worldwide | <input type="checkbox"/> Zone 1 - Europe<br>Area 1 - Europe<br><input type="checkbox"/> Zone 2 - Monde entier, exceptés les États-Unis et tous les territoires américains<br>Area 2 - Worldwide excluding USA and any USA territories.<br><input type="checkbox"/> Zone 3 - Monde entier<br>Area 3 - Worldwide | <input type="checkbox"/> Zone 1 - Europe<br>Area 1 - Europe<br><input type="checkbox"/> Zone 2 - Monde entier, exceptés les États-Unis et tous les territoires américains<br>Area 2 - Worldwide excluding USA and any USA territories.<br><input type="checkbox"/> Zone 3 - Monde entier<br>Area 3 - Worldwide |
| Dans quelle devise souhaitez-vous payer votre prime ? Les prestations de votre police seront également libellées dans cette devise.<br>In which currency would you like to pay your premium? Your policy benefits will also be in this currency.<br><input type="checkbox"/> GBP£ <input type="checkbox"/> EURO€ <input type="checkbox"/> US\$US                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| Quel est le montant de la franchise que vous souhaitez payer ? La franchise est calculée par personne et par année d'assurance et ne s'applique pas aux options Grossesse et accouchement ordinaires, Soins dentaires, Évacuation sanitaire ou rapatriement, Bien-être, Optique et Vaccinations. Pour réduire le montant de votre prime, choisissez une franchise plus élevée.<br>How much excess would you like to pay? Excess is per person per policy year and does not apply to Routine Pregnancy & Childbirth and Dental Treatment options, Evacuation or Repatriation, Well-being, Optical and Vaccinations benefits. To reduce your premium amount, choose a higher policy excess.<br><input type="checkbox"/> Néant / Nil<br><input type="checkbox"/> £500/€500/US\$500<br><input type="checkbox"/> £7,500/€7,500/US\$7,500<br><input type="checkbox"/> £50/€50/US\$50<br><input type="checkbox"/> £1,000/€1,000/US\$1,000<br><input type="checkbox"/> £150/€150/US\$150<br><input type="checkbox"/> £2,500/€2,500/US\$2,500<br><input type="checkbox"/> £300/€300/US\$300<br><input type="checkbox"/> £5,000/€5,000/US\$5,000            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| Comment souhaitez-vous payer votre prime ? Nous vous enverrons les détails après validation de votre demande de souscription.<br>How would you like to pay your premium? We'll send details following acceptance of your application.<br><input type="checkbox"/> Annuelle / Annually → <input type="checkbox"/> Carte de crédit/débit / Credit/Debit Card <input type="checkbox"/> Prélèvement SEPA# / SEPA Direct Debit <input type="checkbox"/> Virement bancaire / Bank Transfer<br><input type="checkbox"/> Trimestrielle / Quarterly → <input type="checkbox"/> Carte de crédit/débit / Credit/Debit Card <input type="checkbox"/> Prélèvement SEPA# / SEPA Direct Debit <input type="checkbox"/> Virement bancaire / Bank Transfer<br><input type="checkbox"/> Mensuelle / Monthly → <input type="checkbox"/> Carte de crédit/débit / Credit/Debit Card <input type="checkbox"/> Prélèvement SEPA# / SEPA Direct Debit <input type="checkbox"/> Virement bancaire / Bank Transfer<br># Paiements par prélèvement SEPA à partir de comptes bancaires de l'UE/EEE uniquement<br># SEPA Direct Debit payments from EU/EEA bank accounts only. |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |

## 2 Vos coordonnées Your details

### Coordonnées du souscripteur / Policyholder details

Titre / Title

☐ M./Mr ☐ Mme/Mrs ☐ Mlle/Miss ☐ Ms ☐ Autre /Other:

Prénom(s)/First name(s)

Nom/Surname

Date de naissance (JJ-MM-AAAA)

Date of birth (DD-MM-YYYY)

Genre:

Gender

Taille (cm/m)/Height (cm/ft)

Poids (kg)/ Weight (kg/lbs)

Secteur d'activité/Industry

Profession (veuillez donner des détails complets)/ Occupation (please give full details)

Nationalité ((e pays pour lequel vous êtes titulaire d'un passeport)

Nationality (the country for which you are a passport holder)

Adresse électronique/ Email address

Pays de résidence (Le pays dans lequel vous prévoyez de vivre la plupart du temps pendant votre période de couverture)  
Country of Residence (The country where you plan to live most of the time during your period of cover)

Le souscripteur doit-il être assuré par la présente police? Is the Policyholder to be insured under this policy?

☐ Oui Yes ☐ Non No

Adresse de résidence/Residence Address

  
  
  
  
Code postal: Pays:  
Postcode: Country:

Adresse de correspondance (si différente): Correspondence address (if different)

  
  
  
  
Code postal: Pays:  
Postcode: Country:

Numéros de téléphone/ Phone numbers

Domicile :

Home:

Travail :

Work:

Mobile:

Fax:

Êtes-vous citoyen américain ou êtes-vous légalement autorisé à vivre de manière permanente aux États-Unis (par exemple parce que vous détenez une carte verte)?

Are you a USA citizen or are you otherwise lawfully authorised to live permanently in the USA (e.g. because you hold a green card)?

☐ Oui Yes ☐ Non No

### Renseignements sur les ayants droit/Additional family member details

Veuillez indiquer les coordonnées des autres membres de votre famille qui seront couverts par cette police. Il s'agit de votre conjoint/partenaire et de tout enfant âgé de moins de 25 ans qui vit en permanence avec vous ou qui suit des études à temps plein.

Please give details of any additional family members to be covered by this policy. This includes your spouse/partner and any children under the age of 25 years of age who are permanently living with you or in full time education.

Si plus de quatre autres membres de la famille doivent être couverts, veuillez photocopier cette page avant de la remplir et numérotez chaque feuille en utilisant les cases à droite pour nous aider à en garder une traçabilité.

If more than four additional family members are to be covered, please photocopy this page before you start filling in this section, and number each sheet using the boxes on the right to help us keep track.

Numéro copie  
Copy number

sur  
of

#### 1<sup>er</sup> membre de la famille / 1<sup>st</sup> family member

Titre  
Title

Prénom(s)  
First name(s)

Nom  
Surname

Date de naissance (JJ-MM-AAAA)  
Date of birth (DD-MM-YYYY)

Geschlecht  
Genre

Taille (cm/m) Poids (kg)  
Height (cm/ft) Weight (kg/lbs)

Relation avec le preneur d'assurance  
Relationship to policyholder

Secteur d'activité  
Industry

Profession  
Occupation

Nationalité  
Nationality

Pays de résidence  
Country of residence

#### 2<sup>e</sup> membre de la famille / 1<sup>st</sup> family member

Titre  
Title

Prénom(s)  
First name(s)

Nom  
Surname

Date de naissance (JJ-MM-AAAA)  
Date of birth (DD-MM-YYYY)

Geschlecht  
Genre

Taille (cm/m) Poids (kg)  
Height (cm/ft) Weight (kg/lbs)

Relation avec le preneur d'assurance  
Relationship to policyholder

Secteur d'activité  
Industry

Profession  
Occupation

Nationalité  
Nationality

Pays de résidence  
Country of residence

#### 3<sup>e</sup> membre de la famille / 1<sup>st</sup> family member

Titre  
Title

Prénom(s)  
First name(s)

Nom  
Surname

Date de naissance (JJ-MM-AAAA)  
Date of birth (DD-MM-YYYY)

Geschlecht  
Genre

Taille (cm/m) Poids (kg)  
Height (cm/ft) Weight (kg/lbs)

Relation avec le preneur d'assurance  
Relationship to policyholder

Secteur d'activité  
Industry

Profession  
Occupation

Nationalité  
Nationality

Pays de résidence  
Country of residence

#### 4<sup>e</sup> membre de la famille / 1<sup>st</sup> family member

Titre  
Title

Prénom(s)  
First name(s)

Nom  
Surname

Date de naissance (JJ-MM-AAAA)  
Date of birth (DD-MM-YYYY)

Geschlecht  
Genre

Taille (cm/m) Poids (kg)  
Height (cm/ft) Weight (kg/lbs)

Relation avec le preneur d'assurance  
Relationship to policyholder

Secteur d'activité  
Industry

Profession  
Occupation

Nationalité  
Nationality

Pays de résidence  
Country of residence

Coordonnées du médecin traitant

Medical Practitioner's Details

Veuillez indiquer les coordonnées de votre médecin traitant actuel ou de celui qui connaît le mieux vos antécédents médicaux.  
Please provide details of your current medical practitioner or the one who is most familiar with your medical history.

Nom / Name

Nom du souscripteur ou du membre de la famille  
Policyholder or Family Member's Name

Adresse électronique  
Email address

Tél.  
Tel

Fax

Date de la dernière visite (MM-AAAA)  
Date of last attendance (MM-YYYY)

Adresse  
Address

Code postal:  
Postcode:

Pays  
Country

Raison de la visite :  
Reason for attendance:

Nom / Name

Nom du souscripteur ou du membre de la famille  
Policyholder or Family Member's Name

Adresse électronique  
Email address

Tél.  
Tel

Fax

Date de la dernière visite (MM-AAAA)  
Date of last attendance (MM-YYYY)

Adresse  
Address

Code postal:  
Postcode:

Pays  
Country

Raison de la visite :  
Reason for attendance:

Nom / Name

Nom du souscripteur ou du membre de la famille  
Policyholder or Family Member's Name

Adresse électronique  
Email address

Tél.  
Tel

Fax

Date de la dernière visite (MM-AAAA)  
Date of last attendance (MM-YYYY)

Adresse  
Address

Code postal:  
Postcode:

Pays  
Country

Raison de la visite :  
Reason for attendance:

Nom / Name

Nom du souscripteur ou du membre de la famille  
Policyholder or Family Member's Name

Adresse électronique  
Email address

Tél.  
Tel

Fax

Date de la dernière visite (MM-AAAA)  
Date of last attendance (MM-YYYY)

Adresse  
Address

Code postal:  
Postcode:

Pays  
Country

Raison de la visite :  
Reason for attendance:

Déclaration de santé

Health Declaration

Veuillez répondre pour chaque personne demandant à être couverte  
Please answer for each person applying for cover

Numéro copie  
Copy number

sur

| Preneur d'assurance<br>Policyholder                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 1 <sup>er</sup> membre de la famille<br>1 <sup>st</sup> family member                          | 2 <sup>e</sup> membre de la famille<br>2 <sup>nd</sup> family member                           | 3 <sup>e</sup> membre de la famille<br>3 <sup>rd</sup> family member                           | 4 <sup>e</sup> membre de la famille<br>4 <sup>th</sup> family member                           |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1) Êtes-vous, ou tout autre postulant, actuellement hospitalisé ou inscrit sur une liste d'attente en vue d'une hospitalisation ou d'une intervention chirurgicale, ou devez-vous subir une telle intervention ?<br>1) Are you or any other applicant presently hospitalised, or scheduled on a waiting list for or in need of hospitalisation or surgery?                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                |                                                                                                |                                                                                                |                                                                                                |
| <div><input type="checkbox"/> Oui<br/>Yes</div> <div><input type="checkbox"/> Non<br/>No</div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <div><input type="checkbox"/> Oui<br/>Yes</div> <div><input type="checkbox"/> Non<br/>No</div> | <div><input type="checkbox"/> Oui<br/>Yes</div> <div><input type="checkbox"/> Non<br/>No</div> | <div><input type="checkbox"/> Oui<br/>Yes</div> <div><input type="checkbox"/> Non<br/>No</div> | <div><input type="checkbox"/> Oui<br/>Yes</div> <div><input type="checkbox"/> Non<br/>No</div> |
| 2) Suivez-vous actuellement un traitement actif pour une forme quelconque de cancer ou avez-vous été diagnostiqué au cours des douze derniers mois ?<br>2) Are you currently receiving active treatment for any form of cancer or had a diagnosis in the last twelve months?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                |                                                                                                |                                                                                                |                                                                                                |
| <div><input type="checkbox"/> Oui<br/>Yes</div> <div><input type="checkbox"/> Non<br/>No</div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <div><input type="checkbox"/> Oui<br/>Yes</div> <div><input type="checkbox"/> Non<br/>No</div> | <div><input type="checkbox"/> Oui<br/>Yes</div> <div><input type="checkbox"/> Non<br/>No</div> | <div><input type="checkbox"/> Oui<br/>Yes</div> <div><input type="checkbox"/> Non<br/>No</div> | <div><input type="checkbox"/> Oui<br/>Yes</div> <div><input type="checkbox"/> Non<br/>No</div> |
| 3) Avez-vous, vous-même ou tout autre postulant, à un moment quelconque, été testé positif, diagnostiqué ou traité pour un trouble du système immunitaire, y compris le syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA), le syndrome du complexe lymphadénopathique lié au SIDA (ARC), le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) ?<br>3) Have you or any other applicant at any time ever tested positive for, been diagnosed with, or been treated for any Immune System Disorder, including Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS), AIDS Related Complex (ARC) Lymphadenopathy Syndrome, Human Immunodeficiency Virus (HIV)? |                                                                                                |                                                                                                |                                                                                                |                                                                                                |
| <div><input type="checkbox"/> Oui<br/>Yes</div> <div><input type="checkbox"/> Non<br/>No</div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <div><input type="checkbox"/> Oui<br/>Yes</div> <div><input type="checkbox"/> Non<br/>No</div> | <div><input type="checkbox"/> Oui<br/>Yes</div> <div><input type="checkbox"/> Non<br/>No</div> | <div><input type="checkbox"/> Oui<br/>Yes</div> <div><input type="checkbox"/> Non<br/>No</div> | <div><input type="checkbox"/> Oui<br/>Yes</div> <div><input type="checkbox"/> Non<br/>No</div> |

Veuillez noter que si une personne a répondu OUI à l'une des questions ci-dessus, elle ne peut prétendre à cette assurance.  
Please note if a person has answered YES to any question above, he or she does not qualify for this insurance.

| Souscripteur<br>Policyholder | 1 <sup>er</sup> membre de la famille<br>1 <sup>st</sup> family member | 2 <sup>e</sup> membre de la famille<br>2 <sup>nd</sup> family member | 3 <sup>e</sup> membre de la famille<br>3 <sup>rd</sup> family member | 4 <sup>e</sup> membre de la famille<br>4 <sup>th</sup> family member |
|------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|
|------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|

1) Au cours des cinq dernières années, avez-vous reçu un diagnostic, suivi un traitement, pris des médicaments ou ressenti des symptômes liés à :  
a) Cancer (actif ou en rémission) b) Un problème cardiaque c) Accident vasculaire cérébral d) Diabète, hyperglycémie ou hypoglycémie e) Asthme ou allergies f) Anxiété/dépression/trouble psychiatrique

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                         |                                                                         |                                                                         |                                                                         |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|
| 1) In the last 5 years have you been diagnosed with, had treatment, medication or symptoms related to:<br>a) Cancer (whether active or if in remission) b) Heart c) Stroke d) Diabetes, hyperglycemia or hypoglycemia, e) Asthma or Allergies, f) Anxiety / depression / psychiatric conditions |                                                                         |                                                                         |                                                                         |                                                                         |
| a) <input type="checkbox"/> Oui / Yes <input type="checkbox"/> Non / No                                                                                                                                                                                                                         | a) <input type="checkbox"/> Oui / Yes <input type="checkbox"/> Non / No | a) <input type="checkbox"/> Oui / Yes <input type="checkbox"/> Non / No | a) <input type="checkbox"/> Oui / Yes <input type="checkbox"/> Non / No | a) <input type="checkbox"/> Oui / Yes <input type="checkbox"/> Non / No |
| b) <input type="checkbox"/> Oui / Yes <input type="checkbox"/> Non / No                                                                                                                                                                                                                         | b) <input type="checkbox"/> Oui / Yes <input type="checkbox"/> Non / No | b) <input type="checkbox"/> Oui / Yes <input type="checkbox"/> Non / No | b) <input type="checkbox"/> Oui / Yes <input type="checkbox"/> Non / No | b) <input type="checkbox"/> Oui / Yes <input type="checkbox"/> Non / No |
| c) <input type="checkbox"/> Oui / Yes <input type="checkbox"/> Non / No                                                                                                                                                                                                                         | c) <input type="checkbox"/> Oui / Yes <input type="checkbox"/> Non / No | c) <input type="checkbox"/> Oui / Yes <input type="checkbox"/> Non / No | c) <input type="checkbox"/> Oui / Yes <input type="checkbox"/> Non / No | c) <input type="checkbox"/> Oui / Yes <input type="checkbox"/> Non / No |
| d) <input type="checkbox"/> Oui / Yes <input type="checkbox"/> Non / No                                                                                                                                                                                                                         | d) <input type="checkbox"/> Oui / Yes <input type="checkbox"/> Non / No | d) <input type="checkbox"/> Oui / Yes <input type="checkbox"/> Non / No | d) <input type="checkbox"/> Oui / Yes <input type="checkbox"/> Non / No | d) <input type="checkbox"/> Oui / Yes <input type="checkbox"/> Non / No |
| e) <input type="checkbox"/> Oui / Yes <input type="checkbox"/> Non / No                                                                                                                                                                                                                         | e) <input type="checkbox"/> Oui / Yes <input type="checkbox"/> Non / No | e) <input type="checkbox"/> Oui / Yes <input type="checkbox"/> Non / No | e) <input type="checkbox"/> Oui / Yes <input type="checkbox"/> Non / No | e) <input type="checkbox"/> Oui / Yes <input type="checkbox"/> Non / No |
| f) <input type="checkbox"/> Oui / Yes <input type="checkbox"/> Non / No                                                                                                                                                                                                                         | f) <input type="checkbox"/> Oui / Yes <input type="checkbox"/> Non / No | f) <input type="checkbox"/> Oui / Yes <input type="checkbox"/> Non / No | f) <input type="checkbox"/> Oui / Yes <input type="checkbox"/> Non / No | f) <input type="checkbox"/> Oui / Yes <input type="checkbox"/> Non / No |

2) Au cours des 5 dernières années, avez-vous reçu un traitement à l'hôpital ou séjourné dans une maison de repos, consulté un médecin, un praticien ou un spécialiste, ou souffert d'une maladie récurrente ?  
2) During the last 5 years, have you had any treatment in hospital or stayed in a nursing home, consulted a doctor, medical practitioner or specialist, or suffered from an illness which keeps returning?

|                                                                      |                                                                      |                                                                      |                                                                      |                                                                      |
|----------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Oui / Yes <input type="checkbox"/> Non / No | <input type="checkbox"/> Oui / Yes <input type="checkbox"/> Non / No | <input type="checkbox"/> Oui / Yes <input type="checkbox"/> Non / No | <input type="checkbox"/> Oui / Yes <input type="checkbox"/> Non / No | <input type="checkbox"/> Oui / Yes <input type="checkbox"/> Non / No |
|----------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|

3) Avez-vous des traitements, des consultations, des examens, des tests de diagnostic ou des bilans de santé prévus, en cours ou en attente de résultats ?  
3) Do you have any treatment, consultations, investigations, diagnostic tests or check-ups, planned, pending or awaiting results?

|                                                                      |                                                                      |                                                                      |                                                                      |                                                                      |
|----------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Oui / Yes <input type="checkbox"/> Non / No | <input type="checkbox"/> Oui / Yes <input type="checkbox"/> Non / No | <input type="checkbox"/> Oui / Yes <input type="checkbox"/> Non / No | <input type="checkbox"/> Oui / Yes <input type="checkbox"/> Non / No | <input type="checkbox"/> Oui / Yes <input type="checkbox"/> Non / No |
|----------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|

4) Avez-vous eu une maladie ou un problème de santé, que vous ayez ou non consulté un médecin, au cours des 5 dernières années ?  
Par exemple, problèmes gynécologiques ou menstruels, complications de la grossesse, signes ou symptômes de varices, problèmes lombaires, troubles articulaires, remplacements d'articulations, problèmes de pieds (par exemple, oignons), indigestion ou problèmes intestinaux, douleurs abdominales, problèmes de peau, allergies, anxiété, dépression ou autres problèmes psychiatriques, troubles cardiaques, des membres, des oreilles, des yeux, de la miction, etc.  
4) Have you had any medical condition, or health problem, whether or not a doctor has been consulted during the last 5 years?  
For example, gynaecological or menstrual problems, complications of pregnancy, signs or symptoms of varicose veins, back trouble, joint disorders, joint replacements, foot problems (eg bunions), indigestion or bowel problems, abdominal pain, skin problems, allergies, anxiety, depression or other psychiatric problems, trouble with heart, limbs, ears, eyes, urination etc.

|                                                                      |                                                                      |                                                                      |                                                                      |                                                                      |
|----------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Oui / Yes <input type="checkbox"/> Non / No | <input type="checkbox"/> Oui / Yes <input type="checkbox"/> Non / No | <input type="checkbox"/> Yes / Ja <input type="checkbox"/> No / Nein | <input type="checkbox"/> Yes / Ja <input type="checkbox"/> No / Nein | <input type="checkbox"/> Yes / Ja <input type="checkbox"/> No / Nein |
|----------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|

5) Prenez-vous actuellement des médicaments (prescrits ou non) ?  
5) Are you currently on any medications (whether prescribed or not)?

|                                                                      |                                                                      |                                                                      |                                                                      |                                                                      |
|----------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Oui / Yes <input type="checkbox"/> Non / No | <input type="checkbox"/> Oui / Yes <input type="checkbox"/> Non / No | <input type="checkbox"/> Oui / Yes <input type="checkbox"/> Non / No | <input type="checkbox"/> Oui / Yes <input type="checkbox"/> Non / No | <input type="checkbox"/> Oui / Yes <input type="checkbox"/> Non / No |
|----------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|

6) Avez-vous eu, à un moment quelconque de votre vie, une affection susceptible d'avoir une incidence sur votre santé future ?  
Veuillez déclarer tout examen médical, consultation, avis, conseil, opération, médicament ou traitement que vous avez subi, qu'on vous a conseillé de subir ou que vous subissez actuellement, mais que vous n'avez pas mentionné précédemment.  
6) Have you at any time in your life had any condition which may have an affect on your future health?  
Please declare any medical investigation, consultation, advice, counselling, operation, medication or treatment that you have had or have been advised to have or are currently having, but have not previously mentioned.

|                                                                      |                                                                      |                                                                      |                                                                      |                                                                      |
|----------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Oui / Yes <input type="checkbox"/> Non / No | <input type="checkbox"/> Oui / Yes <input type="checkbox"/> Non / No | <input type="checkbox"/> Oui / Yes <input type="checkbox"/> Non / No | <input type="checkbox"/> Oui / Yes <input type="checkbox"/> Non / No | <input type="checkbox"/> Oui / Yes <input type="checkbox"/> Non / No |
|----------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|

Par traitement, nous entendons une intervention chirurgicale ou médicale, y compris les médicaments (organiques et synthétiques) prescrits par un médecin praticien/spécialiste, qui sont nécessaires pour diagnostiquer, soulager ou guérir une maladie ou une blessure. Un spécialiste est un médecin, y compris un psychiatre, qui n'est pas votre praticien habituel.  
By treatment we mean surgical or medical intervention including drugs (both organic and synthetic) prescribed by a medical practitioner/specialist, that are needed to diagnose, relieve or cure a disease, illness or injury. A specialist is any doctor, including psychiatrist who is not your usual practitioner.

Déclaration de maladie / Declaring illnesses

Si vous avez répondu **oui** à l'une des questions ci-dessus, vous devez fournir tous les détails ici.  
If you've answered **yes** to any of the questions above, you must give full details here.

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>À quelle question la présente déclaration se rapporte-t-elle ?<br/>Which question does this declaration relate to?</p> <div></div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <p>Breve description de la maladie ou nom de la maladie/diagnostic (si déterminé)<br/>Brief description of illness or name of condition/diagnosis (if known)</p> <div></div>                                                                                                                                                          |
| <p>Nom et prénom / Full name</p> <div></div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | <p>Détails des traitements/médicaments reçus, médicaments actuels/types et dosages, et détails de toute consultation future/traitement prévu ou planifié<br/>Details of treatment/medication received, current medication/types and dosages, and details of any future consultations/treatment anticipated or planned</p> <div></div> |
| <p>Date d'apparition des symptômes/de la maladie (MM-AAAA)<br/>Date symptoms/illness first started (MM-YYYY)</p> <div></div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <p>Durée de la maladie (par exemple deux semaines) ou en souffrez-vous toujours<br/>Duration of illness (e.g two weeks) or is it still ongoing</p> <div></div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <p>Votre état de santé actuel par rapport à cette maladie<br/>Your present state of health in respect of this illness</p> <div></div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <p>Si l'on vous a diagnostiqué un diabète, une hypertension artérielle ou une hypercholestérolémie (contrôlée ou non par des médicaments), veuillez fournir, en plus des infos ci-dessus, les résultats de vos trois derniers tests (y compris les dates) ainsi qu'une confirmation de la fréquence de vos visites de suivi auprès de votre médecin.<br/>If you have been diagnosed with Diabetes, High Blood Pressure or High Cholesterol (whether controlled by medication or not), in addition to the above please provide your last three tests results (including dates) together with confirmation of how often you have to follow up with your medical practitioner.</p> <div></div> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |

À quelle question la présente déclaration se rapporte-t-elle ?  
Which question does this declaration relate to?

Nom et prénom / Full name

Date d'apparition des symptômes/de la maladie (MM-AAAA)

Date symptoms/illness first started (MM-YYYY)

Durée de la maladie (par exemple deux semaines) ou en souffrez-vous toujours  
Duration of illness (e.g two weeks) or is it still ongoing

Votre état de santé actuel par rapport à cette maladie  
Your present state of health in respect of this illness

Si l'on vous a diagnostiqué un diabète, une hypertension artérielle ou une hypercholestérolémie (contrôlée ou non par des médicaments), veuillez fournir, en plus des infos ci-dessus, les résultats de vos trois derniers tests (y compris les dates) ainsi qu'une confirmation de la fréquence de vos visites de suivi auprès de votre médecin.  
If you have been diagnosed with Diabetes, High Blood Pressure or High Cholesterol (whether controlled by medication or not), in addition to the above please provide your last three tests results (including dates) together with confirmation of how often you have to follow up with your medical practitioner.

Brève description de la maladie ou nom de la maladie/diagnostic (si déterminé)  
Brief description of illness or name of condition/diagnosis (if known)

Détails des traitements/médicaments reçus, médicaments actuels/types et dosages, et détails de toute consultation future/traitement prévu ou planifié  
Details of treatment/medication received, current medication/types and dosages, and details of any future consultations/treatment anticipated or planned

À quelle question la présente déclaration se rapporte-t-elle ?  
Which question does this declaration relate to?

Nom et prénom / Full name

Date d'apparition des symptômes/de la maladie (MM-AAAA)

Date symptoms/illness first started (MM-YYYY)

Durée de la maladie (par exemple deux semaines) ou en souffrez-vous toujours  
Duration of illness (e.g two weeks) or is it still ongoing

Votre état de santé actuel par rapport à cette maladie  
Your present state of health in respect of this illness

Si l'on vous a diagnostiqué un diabète, une hypertension artérielle ou une hypercholestérolémie (contrôlée ou non par des médicaments), veuillez fournir, en plus des infos ci-dessus, les résultats de vos trois derniers tests (y compris les dates) ainsi qu'une confirmation de la fréquence de vos visites de suivi auprès de votre médecin.  
If you have been diagnosed with Diabetes, High Blood Pressure or High Cholesterol (whether controlled by medication or not), in addition to the above please provide your last three tests results (including dates) together with confirmation of how often you have to follow up with your medical practitioner.

Brève description de la maladie ou nom de la maladie/diagnostic (si déterminé)  
Brief description of illness or name of condition/diagnosis (if known)

Détails des traitements/médicaments reçus, médicaments actuels/types et dosages, et détails de toute consultation future/traitement prévu ou planifié  
Details of treatment/medication received, current medication/types and dosages, and details of any future consultations/treatment anticipated or planned

À quelle question la présente déclaration se rapporte-t-elle ?  
Which question does this declaration relate to?

Nom et prénom / Full name

Date d'apparition des symptômes/de la maladie (MM-AAAA)

Date symptoms/illness first started (MM-YYYY)

Durée de la maladie (par exemple deux semaines) ou en souffrez-vous toujours  
Duration of illness (e.g two weeks) or is it still ongoing

Votre état de santé actuel par rapport à cette maladie  
Your present state of health in respect of this illness

Si l'on vous a diagnostiqué un diabète, une hypertension artérielle ou une hypercholestérolémie (contrôlée ou non par des médicaments), veuillez fournir, en plus des infos ci-dessus, les résultats de vos trois derniers tests (y compris les dates) ainsi qu'une confirmation de la fréquence de vos visites de suivi auprès de votre médecin.  
If you have been diagnosed with Diabetes, High Blood Pressure or High Cholesterol (whether controlled by medication or not), in addition to the above please provide your last three tests results (including dates) together with confirmation of how often you have to follow up with your medical practitioner.

Brève description de la maladie ou nom de la maladie/diagnostic (si déterminé)  
Brief description of illness or name of condition/diagnosis (if known)

Détails des traitements/médicaments reçus, médicaments actuels/types et dosages, et détails de toute consultation future/traitement prévu ou planifié  
Details of treatment/medication received, current medication/types and dosages, and details of any future consultations/treatment anticipated or planned

Si l'espace disponible sur ce formulaire est insuffisant, veuillez fournir des détails sur une autre feuille et la joindre à la présente déclaration.  
If there is insufficient space on this form please provide details on a separate sheet and attach it to this declaration.

## 3 Règlement général sur la protection des données (RGPD) General Data Protection Regulation (GDPR)

Ceci n'est qu'une synthèse de la politique de confidentialité de IMG et de vos droits en vertu du RGPD. Pour une explication complète de la manière dont nous recueillons et utilisons vos informations personnelles et vos droits correspondants, veuillez consulter notre politique de confidentialité complète, disponible à l'adresse <https://www.imglobal.com/intl/legal/privacy-policy>. This is only a summary of IMG's privacy policy and your rights under GDPR. For a complete explanation of how we gather and use your personal information and your corresponding rights, please review our complete Privacy Policy, which is available at <https://www.imglobal.com/intl/legal/privacy-policy>.

IMG recueille de nombreux types d'informations pour un meilleur fonctionnement et aux fins de vous fournir les meilleurs produits, services et expériences possibles. Quelle que soit la source, nous pensons qu'il est important de traiter ces informations avec soin et de vous aider à protéger votre vie privée. IMG collects many kinds of information in order to operate effectively and provide you the best products, services and experiences we can. Regardless of the source, we believe it is important to treat that information with care and to help you maintain your privacy.

Nous traitons vos données personnelles dans le cadre de notre intérêt légitime à vous fournir les services que vous avez souscrits. Cela comprend l'évaluation de votre demande, la gestion de votre police et le traitement des sinistres. De plus, nous nous appuyons sur des bases légales d'intérêt public important pour prévenir la fraude et garantir l'intégrité du secteur de l'assurance, sur des obligations légales de conformité aux réglementations et aux exigences de déclaration, et sur la nécessité contractuelle afin de vous fournir la couverture et les services décrits dans votre police. We process your personal data as part of our legitimate interests to provide you with the services you have purchased. This includes assessing your application, managing your policy and handling claims. Additionally, we rely on the lawful bases of substantial public interest to prevent fraud and ensure the integrity of the insurance industry, legal obligations to comply with regulations and reporting requirements, and contractual necessity in order to provide you with the coverage and services outlined in your policy.

En donnant votre consentement en matière de marketing, nous pouvons recueillir des informations sur vous auprès de tiers pour nous aider à identifier les produits et services d'assurance susceptibles de vous intéresser, et partager des informations avec des tiers, tels que des outils d'analyse web, afin de vous envoyer des

## 4 Avis de traitement équitable Fair Processing Notice

Le présent avis de confidentialité décrit la façon dont SiriusPoint International Insurance Corporation (aux fins du présent avis, « nous », « notre » ou « l'assureur ») recueille et utilise les renseignements personnels des assurés, des postulants et d'autres parties (aux fins du présent avis, « vous ») lorsqu'elle fournit ses services d'assurance et de réassurance. This Privacy Notice describes how SiriusPoint International Insurance Corporation (for the purpose of this notice "we", "us" or the "Insurer") collect and use the personal information of insureds, claimants and other parties (for the purpose of this notice "you") when we are providing our insurance and reinsurance services.

Les informations fournies à l'assureur, ainsi que les informations médicales et toute autre information obtenue de vous ou d'autres parties à votre sujet dans le cadre de la présente police, seront utilisées par l'assureur pour évaluer votre demande, gérer l'assurance (ce qui inclut le processus de souscription, l'administration, la gestion des sinistres, les analyses relatives à l'assurance, la réadaptation et le traitement des préoccupations des clients) et pour prévenir et détecter les fraudes. Nous pouvons être tenus par la loi de collecter certaines informations personnelles vous concernant, ou en conséquence de toute relation contractuelle que nous avons avec vous. Ne pas fournir ces informations peut empêcher ou retarder l'exécution de ces obligations.

The information provided to the Insurer, together with medical and any other information obtained from you or from other parties about you in connection with this policy, will be used by the Insurer for the purposes of determining your application, the operation of insurance (which includes the process of underwriting, administration, claims management, analytics relevant to insurance, rehabilitation and customer concerns handling) and fraud prevention and detection. We may be required by law to collect certain personal information about you, or as a consequence of any contractual relationship we have with you. Failure to provide this information may prevent or delay the fulfilment of these obligations.

À ces fins, l'assureur partagera des informations avec des sociétés du groupe et des assureurs, réassureurs, intermédiaires d'assurance et prestataires de services tiers. Ces parties peuvent devenir des contrôleurs de données en ce qui concerne vos informations personnelles. Étant donné que nous opérons dans le cadre d'une entreprise mondiale, nous pouvons transférer vos informations personnelles en dehors de l'Espace économique européen à ces fins.

## 5 Langue Language

La langue de ce contrat d'assurance est l'anglais et toute correspondance entre nous se fera en anglais. The language of this insurance contract is English and all correspondence between us will be in English.

Veuillez cocher cette case pour confirmer que vous acceptez cette déclaration. ☐ Please tick to confirm that you accept this statement.

Si vous ne souhaitez pas que la langue soit l'anglais, veuillez contacter votre courtier ou nous téléphoner au +44 (0) 1903 817970 (Royaume-Uni). If you do not wish the language to be English, please contact your broker or telephone us on +44 (0) 1903 817970 (UK).

## 7 Polices complémentaires / Top-up policy

Veuillez cocher cette case si vous avez une assurance maladie locale. Vous pouvez utiliser les demandes de remboursement de votre police d'assurance maladie locale pour épuiser la franchise ☐ de votre police IMG. Please tick if you have a local health insurance policy. You can use the eligible claims you make on your local health insurance policy to use up the excess on your IMG policy.

## 8 Assurance antérieure Previously Insured

Est-ce que vous ou un membre de votre famille qui demande une couverture avez déjà souscrit une assurance auprès d'IMG, d'IMG Europe ou de ALC Health ? Have you or any family member applying for coverage ever purchased insurance through IMG, IMG Europe, or ALC Health ?

☐ Oui Yes ☐ Non No

Numéro de certificat/police : Certificate/Policy Number:

(Si oui : veuillez indiquer le numéro de certificat, le cas échéant, et les détails. En sélectionnant « Oui », vous acceptez ce qui suit : vous reconnaissez que vous demandez un tout nouveau certificat d'assurance et non un renouvellement ou une remise en vigueur d'un ou plusieurs certificats antérieurs que vous auriez pu souscrire par l'intermédiaire d'IMG, d'IMG Europe ou de ALC Health dans le passé, et que, si IMG acceptait votre nouvelle demande, cela ouvrirait une toute nouvelle période de couverture en vertu des termes, conditions et dispositions du nouveau certificat d'assurance (y compris, mais sans s'y limiter, toutes les conditions d'éligibilité, les conditions préexistantes et autres exclusions, les périodes d'attente et les limites et sous-limites des prestations du régime), et que votre nouvelle couverture ne donnera droit à aucun avantage de couverture continue sur la base de votre couverture antérieure caduque.) (If yes: please provide certificate number, if any, and details. By selecting yes, you agree to the following: you acknowledge that you are applying for an entirely new certificate of coverage and not a renewal or reinstatement of any prior certificate(s) that you may have purchased through IMG, IMG Europe, or ALC Health in the past, and that, should IMG accept your new application, this would start a brand new coverage period under the terms, conditions and provisions of the new insurance certificate (including, but not limited to, all eligibility requirements, pre-existing condition and other exclusions, waiting periods, and benefit limits and sub-limits of the plan), and your new coverage will not qualify for any benefits of continuous coverage based upon your prior lapsed coverage.)

Est-ce que vous ou un membre de votre famille ayant demandé une couverture avez déjà été accepté avec des conditions ou des tarifs spéciaux, vous êtes vu refuser une couverture ou votre police a été annulée dans le cadre d'un régime d'assurance santé/médicale, vie ou invalidité ? Have you or any family member applying for coverage ever been accepted with special terms or rates, been declined cover or had a policy cancelled under any health/medical, life or disability insurance plan?

☐ Oui Yes ☐ Non No

Détails : Details:

informations pertinentes et de futurs documents de marketing, ainsi qu'à toutes les autres fins énoncées dans notre politique de protection de la vie privée. Vous pouvez révoquer votre consentement à tout moment. By providing marketing consent, we may gather information about you from third parties to help us identify insurance products and services in which you may have interest, and share information with third parties, such as web analytics tools, in order to send you relevant information and future marketing materials, and for all other purposes set forth in our Privacy Policy. You may withdraw your consent at any time.

Nous pouvons partager vos informations avec des tiers qui fournissent des services en notre nom pour nous aider dans nos activités commerciales. Ces sociétés sont autorisées à utiliser vos informations personnelles uniquement dans la mesure où cela est nécessaire pour nous fournir ces services. Lorsque nous partageons des informations avec ces autres sociétés pour qu'elles nous fournissent des services, elles ne sont pas autorisées à les utiliser à d'autres fins et doivent les garder confidentielles. Les services peuvent inclure : We may share your information with third parties who provide services on our behalf to help with our business activities. These companies are authorized to use your personal information only as necessary to provide these services to us. When we share information with these other companies to provide services for us, they are not allowed to use it for any other purpose and must keep it confidential. These services may include:

- Traitement et gestion des demandes de remboursement
- Adjudicating and managing the claims process
- Traitement des paiements aux prestataires de soins de santé
- Payment processing to healthcare providers
- Fournitures de services à la clientèle
- Providing customer service

Dans certaines situations, IMG peut être tenu de divulguer des données à caractère personnel en réponse à des demandes légales émanant d'autorités publiques, notamment pour répondre à des exigences en matière de sécurité nationale ou d'application de la loi. In certain situations, IMG may be required to disclose personal data in response to lawful requests by public authorities, including to meet national security or law enforcement requirements.

Information will be shared by the Insurer for these purposes with group companies and third party insurers, reinsurers, insurance intermediaries and service providers. Such parties may become data controllers in respect of your personal information. Because we operate as part of a global business, we may transfer your personal information outside the European Economic Area for these purposes. Vous disposez de certains droits concernant vos informations personnelles, sous réserve de la législation locale. Il s'agit notamment des droits de demander l'accès, la rectification, l'effacement, la restriction, l'objection et la réception de vos informations personnelles dans un format électronique utilisable et de les transmettre à un tiers (droit à la portabilité). You have certain rights regarding your personal information, subject to local law. These include the rights to request access, rectification, erasure, restriction, objection and receipt of your personal information in a usable electronic format and to transmit it to a third party (right to portability).

Si vous avez des questions ou des préoccupations concernant la manière dont vos informations personnelles ont été utilisées, veuillez contacter : [DPOLondon@siriust.com](mailto:DPOLondon@siriust.com) If you have questions or concerns regarding the way in which your personal information has been used, please contact: [DPOLondon@siriust.com](mailto:DPOLondon@siriust.com)

Nous nous engageons à travailler avec vous pour obtenir une résolution équitable de toute plainte ou préoccupation concernant la vie privée. Si, toutefois, vous estimez que nous n'avons pas été en mesure de répondre à votre plainte ou à votre préoccupation, vous avez le droit de déposer une plainte auprès du UK Information Commissioner's Office. We are committed to working with you to obtain a fair resolution of any complaint or concern about privacy. If, however, you believe that we have not been able to assist with your complaint or concern, you have the right to make a complaint to the UK Information Commissioner's Office.

Pour plus d'infos sur la manière dont nous traitons vos données personnelles, veuillez consulter notre avis de confidentialité complet à l'adresse suivante : <https://www.siriust.com/legal/website-privacy-policy-final.pdf> For more information about how we process your personal information, please see our full privacy notice at: <https://www.siriust.com/legal/website-privacy-policy-final.pdf>

## 6 Documentation

Souhaitez-vous recevoir toute la documentation relative à la police et la correspondance future par courriel ? Nous utiliserons l'adresse figurant à la page 2. Would you like to receive all policy documentation and future correspondence by email? We'll use the address from page 2.

☐ Oui Yes ☐ Non No

## 9 Autre assurance maladie Other Health Insurance

Êtes-vous titulaire d'un autre régime d'assurance ou d'une autre police d'assurance couvrant les frais médicaux ? Do you hold any other insurance plan or policy that provides cover for medical costs?

☐ Oui Yes ☐ Non No

Numéro du certificat de police ou de la pièce d'identité Policy Certificate or ID Numbers:

Nom de l'assurance privée ou du régime public Private insurance or government plan name

Assureur ou entité gouvernementale fournissant le plan Insurer or government entity providing the plan

Date de début de la couverture (JJ-MM-AAAA) Coverage Start Date (DD-MM-YYYY)

Date de fin de la couverture (JJ-MM-AAAA) Coverage End Date (DD-MM-YYYY)

## 10 Votre déclaration Your declaration

- J'ai reçu et lu l'intégralité des définitions, prestations, exclusions et conditions de cette police, y compris l'exclusion générale 63 relative aux conditions préexistantes et la condition générale 8 relative à la loi applicable. Je comprends que le formulaire de demande, le certificat d'assurance ou la déclaration d'assurance (en dehors de l'EEE ou du Royaume-Uni) et le libellé de la police constituent le contrat entre nous et font tous partie intégrante de la police. Je sais que la couverture sera fournie conformément à la police. L'exclusion générale 63 relative aux maladies préexistantes ne s'applique pas aux conditions de souscription médicale complète. Je comprends que toute exclusion personnelle sera mentionnée sur mon certificat/ma déclaration d'assurance.
- I have received and read the full Definitions, Benefits, Exclusions and Condition of this Policy including General Exclusion 63 relating to Pre-existing Conditions and General Condition 8 relating to Governing Law. I understand that the Application Form, Certificate of Insurance or Declaration of Insurance (if outside the EEA or UK) and the Policy Wording make up the contract between us and all form part of the policy. I am aware that cover shall be provided in accordance with the policy. General Exclusion 63 relating to Pre-existing Conditions is not applicable to full medical underwriting terms. I understand that any personal exclusions will be stated on my Certificate/Declaration of Insurance.
- Je déclare/nous déclarons que les informations fournies dans la présente proposition sont, à ma/notre connaissance, à la fois exactes et complètes. J'ai/nous avons pris soin de ne pas faire de fausses déclarations lors de la divulgation de ces informations et je comprends/nous comprenons que toutes les informations fournies sont pertinentes pour la validation et l'évaluation de cette assurance, les conditions auxquelles elle est acceptée et la prime demandée.
- I/we declare that the information disclosed in this proposal is, to the best of my/our knowledge and belief, both accurate and complete. I/we have taken care not to make any misrepresentation in the disclosure of this information and understand that all information provided is relevant to the acceptance and assessment of this insurance, the terms on which it is accepted and the premium charged.
- Je comprends que si je ne suis pas satisfait du contenu de cette police, je peux résilier l'assurance dans un délai de 14 jours à compter de la conclusion du présent contrat, comme indiqué dans les conditions générales de la police.
- I understand that if I am not satisfied with the content of this policy, I may cancel the insurance within 14 days of the completion of this contract as set out in the Policy Wording.
- Si j'ai indiqué que je souhaitais payer par carte de crédit/débit, j'autorise [3] IMG à débiter mon compte jusqu'à 4 jours avant la date de recouvrement/renouvellement de la prime appropriée, et de toutes les primes de renouvellement ultérieures dues telles que notifiées jusqu'à ce que je notifie par écrit que je souhaite résilier le présent contrat. Je comprends que IMG ne peut être tenu responsable de la déchéance de ma police si la carte de crédit/débit est refusée et que je ne réponds pas aux demandes d'autres méthodes de paiement dans les 7 jours.
- If I have indicated that I wish to pay by credit/debit card, I authorise IMG to debit my account up to 4 days in advance of the collection/renewal date with the appropriate premium, and all subsequent renewal premiums due as notified until I give written notice that I wish to terminate this Agreement. I understand that IMG cannot be liable if my policy is lapsed should the credit/debit card be declined and I do not respond to requests for alternative methods of payment within 7 days.
- En signant ce formulaire en tant que preneur d'assurance, je confirme que :
- By signing this form as the policyholder, I confirm that:
  - toute personne incluse dans le plan a accepté que le preneur d'assurance ait la permission d'agir en son nom pour mettre en place ce plan
  - anyone included on the plan has agreed that the policyholder has their permission to act for them to set up this plan
  - S'il demande une couverture avec un pays de résidence en dehors de l'EEE et du [2]Royaume-Uni ou s'il déménage à tout moment en dehors de l'EEE ou du Royaume-Uni, le titulaire de la police reconnaît

et accepte d'opter pour le Trust : le titulaire de la police demande et souscrit par la présente, pour et au nom de chaque personne inscrite, à la Conyers Trust Company (Bermuda) Limited, Richmond House, 12 Par-la-Ville Road Hamilton HM 08, Bermudes, ou à ses successeurs, pour la couverture d'assurance demandée ci-dessus et telle que souscrite et offerte par Sirius International Insurance Corporation à la date de réception de la présente, et telle qu'administrée par IMG.

- If applying for coverage with a country of residence outside of the EEA and UK or at any time move to a location outside the EEA or UK, the policyholder acknowledges and agrees to elect the Trust: the policyholder hereby applies and subscribes, for and on behalf of each individual enrolled, to the Conyers Trust Company (Bermuda) Limited, Richmond House, 12 Par-la-Ville Road Hamilton HM 08, Bermuda, or its successors, for the insurance coverage requested above and as underwritten and offered by Sirius International Insurance Corporation on the date of its receipt hereof, and as administered by IMG.
- Si vous souscrivez cette assurance par l'intermédiaire d'un courtier, le preneur d'assurance comprend, reconnaît et accepte que IMG verse une commission au courtier à l'entrée en vigueur et au renouvellement.
  - If you are arranging this insurance via a broker the policyholder understands, acknowledges and agrees that IMG will pay commission to the broker at inception and renewal.
  - J'ai lu l'avis du Règlement général sur la protection des données (RGPD) tel que [2] contenu dans le présent formulaire de demande et la politique de confidentialité qui est disponible à l'adresse <https://www.imglobal.com/intl/legal/privacy-policy>
  - I have read the General Data Protection Regulation (GDPR) notice as contained in this Application Form and the Privacy Policy which is available at <https://www.imglobal.com/intl/legal/privacy-policy>
  - Si vous ne faites pas preuve d'une diligence raisonnable et que les informations que vous nous fournissez sont inexactes ou incomplètes, nous pourrions prendre une ou plusieurs des mesures suivantes :
  - If you don't take reasonable care and the information you give us is inaccurate or incomplete then we may take one or more of the following actions:
    - Annuler votre plan d'assurance ;
    - Cancel your plan;
    - Déclarer votre affiliation nulle (traiter votre régime comme s'il n'avait jamais existé) ;
    - Declare your membership void (treating your plan as if it had never existed);
    - Modifier les conditions de votre plan ; ou
    - Change the terms of your plan; or
    - Refuser de traiter tout ou partie d'une demande d'indemnisation ou réduire le montant des indemnités versées.
    - Refuse to deal with all or part of any claim or reduce the amount of any claims payments.
- Nous pouvons vous demander de fournir des informations et/ou des documents supplémentaires afin de nous assurer que les informations que vous nous avez fournies lors de la souscription, de la modification ou du renouvellement de votre plan étaient exactes et complètes.
- We may ask you to provide further information and/or documentation to make sure that the information you gave us when taking out, making changes to or renewing your plan was accurate and complete.
- Aucune couverture n'entre en vigueur tant que cette proposition n'a pas été validée par l'assureur et que la prime n'a pas été payée. L'assureur se réserve le droit de refuser toute proposition d'assurance ou d'offrir une prime et des conditions différentes de celles proposées en fonction des informations que vous avez fournies.
- No cover is in force until this proposal is accepted by the insurer and the premium is paid. The insurer reserves the right to decline any insurance proposal or to offer different premium and terms from those quoted dependent on the information you have provided.

### Consentement marketing

#### Marketing Consent

☐ Oui  
Yes

☐ Non  
No

J'accepte de recevoir des informations pertinentes et d'autres communications de la part d'ALC Health sur les couvertures d'assurance et les options de service. Je comprends que je peux annuler mon consentement en tout temps.

I agree to receive relevant information and other communications from IMG about insurance coverages and service options. I understand that I can withdraw my consent at any time

### Date d'entrée en vigueur de la police

#### Policy start date

Date (JJ-MM-AAAA)

Date (DD-MM-YYYY)

Si vous souhaitez que votre couverture prenne effet à une date ultérieure, vous devez nous informer de toute modification des informations fournies dans le présent formulaire, telle qu'un changement de votre état de santé ou de l'état de santé de l'une des personnes à votre charge. En cas de changement, nous nous réservons le droit de modifier les conditions prévues. Vous ne pouvez pas demander une couverture plus de 30 jours avant de remplir ce formulaire.

Your policy cannot start until we receive and accept this form. If you'd like your cover to start at a future date, you must let us know if there are any changes to the information given in this form – you cannot apply for cover more than 30 days in advance of completion of this form.

### Confirmation

Signature du souscripteur.

Policyholder signature

La signature de la présente demande ne vous engage pas à souscrire cette assurance.

Signing this Application does not bind you to enter into this insurance.

Veillez écrire votre nom tout en MAJUSCULES

Please PRINT name in full

Date de signature (JJ-MM-AAAA)

Date signed (DD-MM-YYYY)

Si vous remplissez une version numérique de ce formulaire, veuillez cocher la case ci-dessous pour confirmer la déclaration.

If you're completing a digital version of this form, please tick the box below to acknowledge the declaration.

☐ Je confirme, en tant que souscripteur, avoir lu et compris cette déclaration

I confirm, as the policyholder, I have read and understood this declaration

Nom du courtier  
Broker name

Numéro du courtier  
Broker number

L'International Medical Group Limited est autorisée et régie par l'instance de régulation du secteur financier, la Financial Conduct Authority (311496). Enregistrée en Angleterre et au Pays de Galles (4163178). Siège social : 254 Upper Shoreham Road, Shoreham-by-Sea, West Sussex, BN43 6BF.

International Medical Group Limited is authorised and regulated by the Financial Conduct Authority (311496). Registered in England & Wales (4163178). Registered office: 254 Upper Shoreham Road, Shoreham-by-Sea, West Sussex, BN43 6BF.

IMG Europe AB est autorisée et réglementée par l'instance suédoise de régulation du secteur financier (71922) et est enregistrée en tant que représentante légale par l'instance de régulation du secteur financier (1003200). Enregistrée en Suède (559405-0469). Siège social : c/o SiriusPoint International, Flemingsgatan 14, 112 26, Stockholm, Suède. Adresse du bureau britannique (BR025974) : 3e étage, Fitzalan House, Cardiff, CF24 0EL, Royaume-Uni.

IMG Europe AB is authorised and regulated by the Swedish Financial Supervisory Authority (71922) and is registered as an Authorised Representative by the Financial Conduct Authority (1003200). Registered in Sweden (559405-0469). Registered office: c/o SiriusPoint International, Flemingsgatan 14, 112 26, Stockholm, Sweden. UK establishment (BR025974) office address: 3rd Floor, Fitzalan House, Cardiff, CF24 0EL, UK.