

# OPALE

Des prestations efficaces pour faire face à vos dépenses de santé et des garanties complètes.

OPALE est un contrat conçu pour répondre à vos attentes.

Demande d'adhésion

Demande de modifications

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



Pour tout renseignement complémentaire, veuillez contacter :

**AMARIZ LIMITED**

**Numéro Vert : 0800 900 258**

**Email : [info@amariz.co.uk](mailto:info@amariz.co.uk)**

**[www.amariz.co.uk](http://www.amariz.co.uk)**

#### **4 OPTIONS :**

Mettre une croix dans l'option (les options) de votre choix :

- OPTION 1:** ASSURANCE SANTE AU PREMIER EURO \*
- OPTION 1A:** ASSURANCE SANTE AU PREMIER EURO ECONOMIQUE (CONSULTATIONS EXCLUES)
- OPTION 2:** ASSURANCE HOSPITALISATION \*
- OPTION 3:** ASSURANCE COMPLEMENTAIRE :  **NIVEAU 1** Sans questionnaire de santé  
 **NIVEAU 2** \*

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

## LE TITULAIRE

NOM : ..... Prénom : .....  
Adresse : .....  
Code Postal : ..... Ville : .....  
Pays : ..... Tél : ..... Bur : .....  
Email : ..... Port : ..... Fax : .....  
Profession : ..... (joindre un justificatif si vous êtes étudiant(e))  
Situation de famille : Célibataire  Marié(e)  Divorcé(e)  Séparé(e)  Veuf(ve)  Autre  .....  
**Pour toutes les options sauf la Complémentaire Maladie Niveau 1, cochez ici si vous êtes gaucher  (pour la garantie individuelle accident)**  
**Pour la garantie Complémentaire Maladie (Option 3) uniquement :**  
Numéro de Sécurité Sociale : ..... Caisse Gestionnaire : .....  
Joindre une copie de votre attestation Carte Vitale

## ADHESION A L'ASSOCIATION SCHETLAND

**Le contrat maladie OPALE est un contrat de groupe qui a été souscrit par l'Association Schetland pour ses membres. Vous devez donc devenir membre de l'Association afin de pouvoir bénéficier des garanties maladie :**

➤ J'accepte mon adhésion à l'Association Schetland et déclare avoir pris connaissance des statuts de l'Association joints à ma demande d'adhésion

Je joins un chèque de € 15.24 à l'ordre d'AMARIZ LIMITED à titre de ma cotisation annuelle à Schetland (celle-ci sera transférée à l'Association)

Je préférerais que ma cotisation annuelle à l'Association soit prélevée avec ma cotisation d'assurance (celle-ci sera transférée à l'Association)

### Date et signature

Précédée de la mention  
'LU ET APPROUVE'

## COTISATIONS

### Cotisation mensuelle par personne garantie (âge à l'adhésion)

	NOM / PRENOM	DATE DE NAISSANCE	SEXE	COTISATION
Adhérent principal (titulaire)				
2 <sup>ème</sup> Adhérent				
3 <sup>ème</sup> Adhérent				
4 <sup>ème</sup> Adhérent				
5 <sup>ème</sup> Adhérent				
<i>La cotisation est gratuite à partir du 3<sup>ème</sup> enfant</i>				TOTAL MENSUEL (€)

## DATE D'EFFET / SIGNATURE

Date d'effet souhaitée : ..... / ..... / ..... ou  IMMEDIAT (au plus tôt la date de réception de votre demande d'adhésion complétée)

Délai d'attente :  OUI  NON Si vous répondez NON, vous certifiez que toutes les personnes à garantir ont bénéficié d'une couverture maladie équivalente dont les garanties ont cessé depuis moins de trois mois à la date d'adhésion au contrat OPALE (fournir un certificat de radiation détaillé ou un justificatif similaire, et le détail des garanties précédentes). **Si le(s) justificatif(s) ne sont pas joint(s), le délai d'attente sera appliqué** (voir Article 3 de l'extrait des conditions générales).

La garantie est acquise à la date demandée par le proposant et au plus tôt le jour de réception de sa demande d'adhésion sous réserve d'un état de santé susceptible d'être accepté (Options 1, 1A & 2 et Option 3 Niveau 2). Dans le cas où ce dernier point ne serait pas vérifié pour une ou plusieurs personnes notées sur la demande d'adhésion, celle-ci serait soumise à l'Assureur pour acceptation. Jusqu'à notification de la réponse de l'Assureur, la garantie est acquise pour tout risque accidentel avec un maximum de deux mois à compter de la souscription. L'Assureur se réserve le droit de refuser toute demande d'adhésion.

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

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

### Date et signature

Précédée de la mention  
'LU ET APPROUVE'

## PERSONNES A GARANTIR

NOM					
PRENOM					
Sexe	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>

### QUESTIONNAIRE DE SANTE – REpondre IMPERATIVEMENT A TOUTES LES QUESTIONS (OPTIONS 1, 1A & 2 / OPTION 3 NIVEAU 2)

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

<b>1.</b> Taille	.....M	.....M	.....M	.....M	.....M
Poids	.....Kg	.....Kg	.....Kg	.....Kg	.....Kg
<b>2.</b> <u>Pression artérielle</u>					
Systolique / Diastolique	..... / ..... cmHg	..... / ..... cmHg	..... / ..... cmHg	..... / ..... cmHg	..... / ..... cmHg
<b>3.</b> Avez-vous été hospitalisé ou subi une intervention chirurgicale ? Si oui, date et nature	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> ..... .....	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> ..... .....	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> ..... .....	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> ..... .....	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> ..... .....
<b>4.</b> Devez-vous être hospitalisé ou subir une intervention chirurgicale ? Si oui, date et motif	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> ..... .....	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> ..... .....	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> ..... .....	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> ..... .....	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> ..... .....
<b>5.</b> Avez-vous suivi ou suivez-vous un traitement médical ? Si oui, lequel ?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> ..... .....	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> ..... .....	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> ..... .....	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> ..... .....	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> ..... .....
<b>6.</b> Etes-vous atteint d'une affection chronique ou de longue durée ? Si oui, laquelle ?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> ..... .....	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> ..... .....	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> ..... .....	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> ..... .....	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> ..... .....
<b>7.</b> Avez-vous des séquelles d'accident, de maladie et/ou d'infirmité ? Si oui, préciser	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> ..... .....	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> ..... .....	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> ..... .....	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> ..... .....	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> ..... .....
<b>8.</b> Avez-vous été ou êtes-vous en incapacité de travail ? Si oui, préciser	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> ..... .....	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> ..... .....	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> ..... .....	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> ..... .....	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> ..... .....
<b>9.</b> Envisagez-vous des travaux de prothèses dentaires ou d'orthodontie dans les 12 prochains mois ? Si oui, joindre un devis (Options 1, 1A & 3 Niv.2)	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> ..... .....	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> ..... .....	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> ..... .....	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> ..... .....	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> ..... .....

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

#### LANGUE/LANGUAGE

Je souhaite recevoir mon Certificat d'Adhésion ainsi que l'extrait des Conditions Générales :

I wish to receive my Membership Certificate and the Summary of the General Conditions:

**en Français/in French**       **en Anglais/in English**

Fait à .....

Le .....

#### SIGNATURE

Précédée par la mention 'LU ET APPROUVE'

## MOYEN DE PAIEMENT

Les cotisations sont payables d'avance :

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

## AUTORISATION DE PRELEVEMENT

Nom du Créancier : **AMARIZ LTD**

N° National d'Emetteur : **476535**

J'autorise l'Etablissement teneur de mon compte à prélever sur ce dernier, si la situation le permet, tous les prélèvements ordonnés par le créancier désigné ci-dessus. En cas de litige sur un prélèvement, je pourrai en faire suspendre l'exécution par simple demande à l'Etablissement teneur de mon compte. Je réglerai le différend directement avec le créancier.

Titulaire du Compte

Etablissement Bancaire

Nom / Prénom .....

Nom de la Banque .....

Adresse .....

Adresse de la Banque .....

Code Postal ..... Ville .....

Code Postal ..... Ville .....

Date ..... / ..... / .....

Le compte à débiter (Joindre un RIB ou RIP)

Signature .....

\_\_\_\_\_

Code Banque      Code Guichet      Numéro de compte      Clé

- J'autorise Amariz Ltd à prélever ma cotisation annuelle pour Schetland (celle-ci sera transférée à l'Association).  
 Je souhaiterais recevoir mes remboursements de soins par virement bancaire sur ce compte.

**REMARQUES** : Les prélèvements ont lieu le 8 du mois. En cas d'impayé, les frais (frais bancaires + frais annexes) seront à la charge de l'Adhérent. Si vos coordonnées bancaires sont modifiées, il est impératif de prévenir au moins 15 jours avant la date du prochain prélèvement. Le coût du paiement par prélèvement est supporté par le Gestionnaire.

## LES DIFFERENTES PARTIES / LOI APPLICABLE

Ce contrat d'assurance de groupe a été conclu entre l'Association Schetland pour ses membres et certains assureurs de Lloyd's de Londres.

Amariz Limited, Imperial House, 1 Harley Place, Bristol, BS8 3JT, Royaume-Uni a été nommé comme Gestionnaire. Ce dernier aura l'autorité pour étudier et traiter les demandes d'adhésions, préparer et émettre des certificats d'assurance et payer les sinistres approuvés par l'Assureur. Toutes correspondances, demandes d'informations et sinistres devront être adressées au Gestionnaire.

Il est possible de choisir la Loi applicable à un contrat d'assurance garantissant un risque situé dans l'Espace Economique Européen ou la Suisse. L'Assureur a décidé que la Loi Anglaise s'appliquera. Le paiement d'une cotisation par un Adhérent fait preuve de l'acceptation du choix de l'Assureur. Pour qu'une quelconque autre Loi soit applicable, cela doit être convenu par les deux parties et ce par écrit.

La police individuelle accident 'Minerva' est soumise aux lois de la République Française.

Il est par ailleurs avisé que les Souscripteurs du Lloyd's de Londres sont soumis au contrôle du Financial Services Authority au 25 The North Colonnade, Canary Wharf, London E14 5HS, Royaume-Uni.

## OU ENVOYER VOTRE DEMANDE D'ADHESION

Nous vous remercions d'envoyer toute demande d'adhésion complétée à l'adresse suivante :

**Amariz Limited**  
Imperial House  
1 Harley Place  
BRISTOL BS8 3JT  
ROYAUME-UNI  
**Numéro Vert : 0800 900 258**  
Email : [info@amariz.co.uk](mailto:info@amariz.co.uk)  
Fax : +44 (0)117 974 5780

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

**SIGNE :**

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

**JOINT :**

- Un chèque de € 15.24 à l'ordre d'AMARIZ LTD (paiement par chèque)  
 Une copie de votre attestation Carte Vitale (Option 3)  
 Un justificatif de votre couverture équivalente précédente  
 Un original de votre R.I.B. (pour paiement par prélèvement)