

Date de réception chez Globality S.A. :
Date/ Responsable du dossier
Nom du courtier/ de l'intermédiaire
Numéro du courtier/ de l'intermédiaire

Globality YouGenio® World

Demande de couverture d'assurance santé



Globality S.A.

13, rue Edward Steichen · L-2540 Luxembourg

Tél. : +352 270 444 3603, E-mail : service-yougenio@globality-health.com

Globality S.A.

Conseil d'Administration : Andrew Kielty (Président), Roman Beilhack, Stephen Bishop
Registre de commerce (RCS Luxembourg) : B 134471

Demande de couverture d'assurance santé (assurance individuelle)

⚠ Rappel : Nous ne pouvons pas traiter votre demande si certaines rubriques sont incomplètement renseignées.
En cas d'incertitude veuillez vous en référer aux conditions générales d'assurance.

Par la présente, je demande à souscrire un contrat d'assurance santé Globality YouGenio® World pour les personnes ci-après mentionnées.

A. Renseignements personnels sur le titulaire de la police

- J'agis uniquement en tant que titulaire de la police.
 J'agis à la fois en tant que titulaire de la police et personne assurée.

Date de prise d'effet de l'assurance (jj/mm/aaaa)		
Titre	Prénom	Nom
Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Date de naissance (jj/mm/aaaa)	Profession
Adresse de correspondance	Nom/ numéro du bâtiment	Rue
	Ville	Code postal/ indicatif régional
	Région	Pays
Données de contact	Tél. en journée (+ préfixe national et régional)	
	Tél. portable (+ préfixe national)	
	E-mail	
<input type="checkbox"/> Nouveau (pas d'assurance antérieure auprès de Globality S.A.)		<input type="checkbox"/> Client existant de Globality S.A. Si oui, indiquez le n° de l'assurance.
Nationalité	Pays d'origine	
Pays de résidence actuel (où la demande d'assurance est signée)	Pays de séjour (où vous séjournerez en tant qu'expatrié)	

Langue contractuelle (sera utilisée pour la totalité de la correspondance/ des documents)

- Français Anglais Allemand Espagnol Néerlandais

B. Personnes à assurer

Personne 2

Date de prise d'effet de l'assurance (jj/mm/aaaa)		
Titre	Prénom	Nom
Lien avec le titulaire de la police <input type="checkbox"/> partenaire <input type="checkbox"/> enfant		
Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Date de naissance (jj/mm/aaaa)	Profession
Adresse de correspondance <input type="checkbox"/> Même adresse que le titulaire de la police <input type="checkbox"/> Autre adresse (veuillez l'indiquer ci-contre)	Nom/ numéro du bâtiment	Rue
	Ville	Code postal/ indicatif régional
	Région	Pays
Données de contact	Tél. en journée (+ préfixe national et régional)	
	Tél. portable (+ préfixe national)	
	E-mail	
<input type="checkbox"/> Nouveau (pas d'assurance antérieure auprès de Globality S.A.)		<input type="checkbox"/> Client existant de Globality S.A. Si oui, merci d'indiquer le n° de l'assurance.
Nationalité	Pays d'origine	
Pays de résidence actuel (où la demande d'assurance est signée)	Pays de séjour (où vous séjournerez en tant qu'expatrié)	

Personne 3

Date de prise d'effet de l'assurance (jj/mm/aaaa)		
Titre	Prénom	Nom
Lien avec le titulaire de la police <input type="checkbox"/> partenaire <input type="checkbox"/> enfant		
Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Date de naissance (jj/mm/aaaa)	Profession
Adresse de correspondance <input type="checkbox"/> Même adresse que le titulaire de la police <input type="checkbox"/> Autre adresse (veuillez l'indiquer ci-contre)	Nom/ numéro du bâtiment	Rue
	Ville	Code postal/ indicatif régionalne
	Région	Pays
Données de contact	Tél. en journée (+ préfixe national et régional)	
	Tél. portable (+ préfixe national)	
	E-mail	
<input type="checkbox"/> Nouveau (pas d'assurance antérieure auprès de Globality S.A.)		<input type="checkbox"/> Client existant de Globality S.A. Si oui, merci d'indiquer le n° de l'assurance.
Nationalité	Pays d'origine	
Pays de résidence actuel (où la demande d'assurance est signée)	Pays de séjour (où vous séjournerez en tant qu'expatrié)	

Personne 4

Date de prise d'effet de l'assurance (jj/mm/aaaa)		
Titre	Prénom	Nom
Lien avec le titulaire de la police <input type="checkbox"/> partenaire <input type="checkbox"/> enfant		
Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Date de naissance (jj/mm/aaaa)	Profession
Adresse de correspondance <input type="checkbox"/> Même adresse que le titulaire de la police <input type="checkbox"/> Autre adresse (veuillez l'indiquer ci-contre)	Nom/ numéro du bâtiment	Rue
	Ville	Code postal/ indicatif régional
	Région	Pays
Données de contact	Tél. en journée (+ préfixe national et régional)	
	Tél. portable (+ préfixe national)	
	E-mail	
<input type="checkbox"/> Nouveau (pas d'assurance antérieure auprès de Globality S.A.)		<input type="checkbox"/> Client existant de Globality S.A. Si oui, merci d'indiquer le n° de l'assurance.
Nationalité	Pays d'origine	
Pays de résidence actuel (où la demande d'assurance est signée)	Pays de séjour (où vous séjournerez en tant qu'expatrié)	

C. Formules et régions de destination

Personne	Formule				Région de destination	Prime (mensuelle)
	*Essential	Classic	Plus	Top		
						<input type="checkbox"/> € <input type="checkbox"/> \$ <input type="checkbox"/> £
1	<input type="checkbox"/> Pas de franchise	Franchise : <input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> 250 € / 325 \$ / 210 £ <input type="checkbox"/> 500 € / 650 \$ / 420 £ <input type="checkbox"/> 1 000 € / 1 300 \$ / 840 £	Franchise : <input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> 250 € / 325 \$ / 210 £ <input type="checkbox"/> 500 € / 650 \$ / 420 £ <input type="checkbox"/> 1 000 € / 1 300 \$ / 840 £ <input type="checkbox"/> 2 500 € / 3 250 \$ / 2 100 £	Franchise : <input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> 250 € / 325 \$ / 210 £ <input type="checkbox"/> 500 € / 650 \$ / 420 £ <input type="checkbox"/> 1 000 € / 1 300 \$ / 840 £ <input type="checkbox"/> 2 500 € / 3 250 \$ / 2 100 £	<input type="checkbox"/> Le monde entier sans USA <input type="checkbox"/> Le monde entier avec USA	
2	<input type="checkbox"/> Pas de franchise	Franchise : <input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> 250 € / 325 \$ / 210 £ <input type="checkbox"/> 500 € / 650 \$ / 420 £ <input type="checkbox"/> 1 000 € / 1 300 \$ / 840 £	Franchise : <input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> 250 € / 325 \$ / 210 £ <input type="checkbox"/> 500 € / 650 \$ / 420 £ <input type="checkbox"/> 1 000 € / 1 300 \$ / 840 £ <input type="checkbox"/> 2 500 € / 3 250 \$ / 2 100 £	Franchise : <input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> 250 € / 325 \$ / 210 £ <input type="checkbox"/> 500 € / 650 \$ / 420 £ <input type="checkbox"/> 1 000 € / 1 300 \$ / 840 £ <input type="checkbox"/> 2 500 € / 3 250 \$ / 2 100 £	<input type="checkbox"/> Le monde entier sans USA <input type="checkbox"/> Le monde entier avec USA	
3	<input type="checkbox"/> Pas de franchise	Franchise : <input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> 250 € / 325 \$ / 210 £ <input type="checkbox"/> 500 € / 650 \$ / 420 £ <input type="checkbox"/> 1 000 € / 1 300 \$ / 840 £	Franchise : <input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> 250 € / 325 \$ / 210 £ <input type="checkbox"/> 500 € / 650 \$ / 420 £ <input type="checkbox"/> 1 000 € / 1 300 \$ / 840 £ <input type="checkbox"/> 2 500 € / 3 250 \$ / 2 100 £	Franchise : <input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> 250 € / 325 \$ / 210 £ <input type="checkbox"/> 500 € / 650 \$ / 420 £ <input type="checkbox"/> 1 000 € / 1 300 \$ / 840 £ <input type="checkbox"/> 2 500 € / 3 250 \$ / 2 100 £	<input type="checkbox"/> Le monde entier sans USA <input type="checkbox"/> Le monde entier avec USA	
4	<input type="checkbox"/> Pas de franchise	Franchise : <input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> 250 € / 325 \$ / 210 £ <input type="checkbox"/> 500 € / 650 \$ / 420 £ <input type="checkbox"/> 1 000 € / 1 300 \$ / 840 £	Franchise : <input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> 250 € / 325 \$ / 210 £ <input type="checkbox"/> 500 € / 650 \$ / 420 £ <input type="checkbox"/> 1 000 € / 1 300 \$ / 840 £ <input type="checkbox"/> 2 500 € / 3 250 \$ / 2 100 £	Franchise : <input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> 250 € / 325 \$ / 210 £ <input type="checkbox"/> 500 € / 650 \$ / 420 £ <input type="checkbox"/> 1 000 € / 1 300 \$ / 840 £ <input type="checkbox"/> 2 500 € / 3 250 \$ / 2 100 £	<input type="checkbox"/> Le monde entier sans USA <input type="checkbox"/> Le monde entier avec USA	
*Essential (Traitements hospitaliers en cas de maladie grave)						
Prime totale mensuelle pour toutes les personnes :						

D. Assurances antérieures et médecins

Remarque : Les détails suivants (point 1. et point 2.) sont demandés.

1. Bénéficiez-vous actuellement, ou avez-vous bénéficié d'une assurance santé (y compris obligatoire/ privée/ de santé publique) au cours des cinq dernières années ?

Personne	Assureur	N° d'assurance	Couverture	Date de début (jj/mm/aaaa)	Date de fin (jj/mm/aaaa)
1 <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			<input type="checkbox"/> Hospitalière <input type="checkbox"/> Ambulatoire <input type="checkbox"/> Dentaire		
2 <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			<input type="checkbox"/> Hospitalière <input type="checkbox"/> Ambulatoire <input type="checkbox"/> Dentaire		
3 <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			<input type="checkbox"/> Hospitalière <input type="checkbox"/> Ambulatoire <input type="checkbox"/> Dentaire		
4 <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			<input type="checkbox"/> Hospitalière <input type="checkbox"/> Ambulatoire <input type="checkbox"/> Dentaire		

2. Veuillez indiquer le nom et l'adresse du médecin le plus apte à fournir de plus amples renseignements sur votre santé. Si plus d'un médecin est concerné par les personnes visées par la présente demande, notez les informations supplémentaires dans l'espace réservé à la fin de la section E ou ajoutez une feuille volante.

Per-sonne	Nom du médecin	Adresse hôpital/ clinique	N° de tél. et adresse E-mail
1			
2			
3			
4			

E. Questions concernant votre santé

 Veuillez cocher l'une des cases ci-dessous. En l'absence de réponse (☐), votre demande vaudra pour la couverture médicale complète.

Moratoire (Seulement jusqu' à 55 ans, à la date de la signature de la demande d'assurance en section G)
Je ne suis pas obligé(e) de remplir le questionnaire de santé ci-dessous. Dans ce cas, les conditions médicales préexistantes et celles en découlant ne seront pas couvertes pendant une période de carence d'au moins 24 mois.

* Retrouvez plus d'informations sur l'option « Moratoire » à la page 11 de la demande de couverture.

Couverture d'assurance incluant les conditions préexistantes
Je suis obligé(e) de remplir le questionnaire de santé complet ci-dessous pour les personnes à assurer.
Pour bénéficier de la couverture des conditions préexistantes, vous devez remplir le questionnaire de santé. Sur la base des réponses fournies, nous vous ferons savoir si vous êtes éligible à l'assurance et si des surprimes pour risque accru ou des exclusions s'appliquent.

Important : Vous devez impérativement répondre en détail à toutes les questions. Mentionnez également les symptômes, maladies et séquelles d'accidents qui vous semblent insignifiants. Les tirets ne comptent pas comme des réponses. **Si la place ne suffit pas**, continuez sur une feuille volante en spécifiant le numéro de la personne concernée, et signalez l'existence de cette feuille dans votre demande. Si vous ne souhaitez pas donner certains renseignements à l'intermédiaire, vous devrez les communiquer directement à Globality S.A. **par écrit, dans les trois jours suivant la réception du formulaire de demande par Globality S.A.**, et indiquer dans celui-ci que les informations en question seront fournies séparément.

Si les réponses aux questions figurant sur cette page, dans la mesure où elles sont déterminantes pour la prise en charge du risque, sont incorrectes ou incomplètes, et s'il ne s'agit pas d'une violation délibérée de votre devoir d'information, nous pourrions mettre fin au contrat dans un délai d'un mois après avoir eu connaissance de la violation, à condition de pouvoir prouver que nous n'aurions en aucun cas assuré ce risque. Si notre évaluation du risque est biaisée par un manquement délibéré à votre devoir d'information, le contrat sera nul et non avenue. Vous serez alors tenu(e) de rembourser les prestations d'assurance reçues et nous conserverons les primes acquittées.

S'il existe déjà une couverture d'assurance auprès de Globality S.A., il n'est pas nécessaire de mentionner les troubles de santé ou traitements subis durant les cinq dernières années dont Globality S.A. a pleinement connaissance au travers des factures ou certificats médicaux produits dans le cadre du contrat d'assurance. Les conditions survenant entre la signature de la demande et la confirmation de l'acceptation par Globality S.A. seront également réputées préexistantes. **Il est par conséquent nécessaire que vous nous avisiez immédiatement de tout changement important touchant les informations fournies qui interviendrait entre la soumission de la présente demande et son acceptation par nos soins (voir page 10, « Responsabilité des informations fournies dans le formulaire de demande »).**

Conditions préexistantes :

Est considérée comme condition préexistante toute condition médicale ayant entraîné un ou plusieurs symptômes avant la prise d'effet de la couverture auprès de Globality S.A., y compris les grossesses, accouchements, complications postnatales et conditions liées, qu'un traitement ou conseil médical ait été sollicité ou non.

Toute condition médicale ou dentaire ou condition liée pour laquelle vous avez :

- eu des symptômes ou reçu un traitement médical ;
- sollicité l'avis ou consulté un médecin en vue de recevoir un traitement médical ou un conseil (bilans de santé inclus) ;
- pris des médicaments (y compris médicaments en vente libre, alternatifs, régimes spéciaux, injections ou vitamines) ou qui,
- à votre connaissance, existait déjà au début de l'assurance.

Les conditions préexistantes peuvent être couvertes par la souscription d'une couverture médicale complète. Les conditions qui surviennent entre la signature de la demande et la confirmation de l'acceptation par le service des souscriptions sont réputées préexistantes. C'est pourquoi il est nécessaire que vous nous avisiez de tout changement important touchant les informations fournies qui surviendrait entre la soumission de la présente demande et son acceptation. Par la présente, vous êtes tenu(e) de fournir, sur demande, tout renseignement complémentaire éventuellement sollicité.

N°	Questions	Personne 1	Personne 2	Personne 3	Personne 4
1	Quelle est votre taille/ poids ? cm/kg	_____ cm _____ kg	_____ cm _____ kg	_____ cm _____ kg	_____ cm _____ kg
2	Avez-vous fait usage de produits tabagiques, y compris cigarettes, cigares, tabac à chiquer ou toute forme de tabac, au cours des 12 derniers mois ? Si oui, indiquez le nombre moyen de cigarettes/ la quantité moyenne par jour	<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 _____

N°	Questions	Personne 1	Personne 2	Personne 3	Personne 4
3	Quel nombre moyen d'unités d'alcool consommez-vous par semaine? Unités (1 unité = 250ml de bière/ 100ml de vin/ 25 ml de spiritueux)	_____	_____	_____	_____
Notez que nous donnons ici des exemples de ces conditions, mais que la liste n'est pas exhaustive.					
4	Au cours des cinq dernières années, avez-vous, ou l'une des personnes à assurer sous cette police a-t-elle, a) vu un médecin ou tout autre professionnel de santé b) eu un problème, souffert de, été hospitalisé(e) pour c) reçu un traitement, effectué des tests ou des examens en liaison avec les causes suivantes :				
4.1	Problèmes cardiaques ou troubles circulatoires (p. ex. tension artérielle élevée, angine de poitrine, douleurs pectorales, crise cardiaque, insuffisance cardiaque, rythme cardiaque anormal, anomalies cardiaques, anévrisme, veines variqueuses, etc.)	<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
4.2	Troubles respiratoires (p ex. problèmes de respiration, asthme, BPCO, pneumonie, bronchite, tuberculose, allergies, déviation du septum, etc.)	<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
4.3	Troubles endocriniens (p. ex. troubles glandulaires, diabète [type 1 ou 2], problèmes de thyroïde, syndrome de Cushing, maladie d'Addison, maladie de Basedow, etc.)	<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
4.4	Troubles gastro-intestinaux (p. ex. problèmes d'estomac, d'intestins, de foie ou de vésicule biliaire, inflammation/ ulcères de l'estomac, syndrome de l'intestin irritable, maladie de Crohn, colite, altération des habitudes intestinales, hémorroïdes, pancréatite, inflammation du foie, cirrhose, calculs de la vésicule biliaire, hernie, etc.)	<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
4.5	Cancer, tumeurs (p. ex. polypes, tumeurs bénignes, kystes, toute condition cancéreuse ou précancéreuse, etc.)	<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
4.6	Troubles du cerveau et du système nerveux (p. ex. attaque d'apoplexie, démence, migraine, maux de tête chroniques, sclérose en plaques, épilepsie/ crises, sciatique, hypotonie, maladie de Parkinson, etc.)	<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
4.7	Problèmes de peau, de cheveux, d'ongles (p. ex. eczéma, dermatite, éruptions cutanées, alopecie areata, psoriasis, acné, kystes, grains de beauté qui démangent ou saignent, etc.)	<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
4.8	Troubles de l'oreille (tinnitus, vertiges, troubles auditifs, surdité)	<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
	Problèmes oculaires (p. ex. glaucome, cataracte, problèmes cornéens, décollement de la rétine, etc.)	<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
	Avez-vous une insuffisance visuelle de 8 dioptries ou plus ? Si oui, veuillez indiquer les dioptries : œil droit (D) ; œil gauche (G)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non D _____ G _____	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non D _____ G _____	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non D _____ G _____	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non D _____ G _____
4.9	Troubles urinaires et de la reproduction (p. ex. insuffisance rénale, infections urinaires, incontinence ; troubles testiculaires ou prostatiques, infertilité, problèmes de grossesse/ d'accouchement [y compris césariennes], règles abondantes ou irrégulières, fibromes, endométriose, frottis anormaux, ovaires polykystiques, etc.)	<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
4.10	Troubles sanguins/ infectieux/ immunitaires (p. ex. analyses de sang anormales, problèmes de coagulation, taux de cholestérol élevé, anémie, malaria, maladie auto-immune, etc.)	<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
4.11	Troubles psychiatriques/ psychologiques (p. ex. dépression, stress traité médicalement, anxiété, maladie mentale, schizophrénie, troubles compulsifs ou alimentaires, dépendance des drogues/ de l'alcool, etc.)	<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
4.12	Problèmes musculaires ou osseux (p. ex. rhumatisme, goutte, arthrite, problèmes de dos, nuque/ épaules, problèmes de cartilage et de ligaments, remplacements d'articulations, fractures, ostéoporose, conditions inflammatoires, hernie discale, etc.)	<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

N°	Questions	Personne 1	Personne 2	Personne 3	Personne 4
5	Présentez-vous un défaut physique/ organique, une maladie chronique/ maladie congénitale, une maladie ou une lésion due au service militaire, une réduction de votre capacité de travail/ un degré de handicap conduisant à un handicap permanent ? Si oui, veuillez joindre une copie du certificat officiel d'invalidité.	<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
6	Avez-vous déjà été testé positif au VIH, à l'hépatite B ou C ?	<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
	Attendez-vous les résultats d'un de ces tests ? (Si le résultat est négatif, le fait d'avoir passé un test VIH en soi n'aura aucun effet sur vos conditions d'admission à l'assurance).	<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
7	Grossesse : êtes-vous enceinte ?	<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
	Si oui, de combien de semaines ?	_____	_____	_____	_____
8	Avez-vous subi une opération chirurgicale en mode hospitalier ou ambulatoire au cours des cinq dernières années ?	<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
9	Vous a-t-on conseillé, ou prévoyez-vous de vous soumettre à un quelconque traitement ou examen ambulatoire/ hospitalier ?	<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
10	Avez-vous besoin de quelconques médicaments (p. ex. comprimés, pommades, capsules, sirops, injections, crèmes, suppositoires, inhalateurs, médicaments sans prescription) ? Si oui, veuillez préciser lesquels et ce qu'ils traitent.	<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
11	Dentaire				
	a) Êtes-vous allé(e) chez le dentiste au cours des cinq dernières années ?	<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
	b) Suivez-vous actuellement un traitement dentaire ? Une réalisation ou un renouvellement de prothèse sont-ils en cours ? Suivez-vous un traitement parodontal ou orthodontique, ou un tel traitement est-il recommandé ou prévu ? (Si oui, veuillez joindre un plan de traitement à jour et le devis).	<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
12a	c) Vous manque-t-il des dents qui n'ont pas encore été remplacées (sauf les dents de lait et de sagesse, ainsi que celles dont les espaces ont été comblés par les dents voisines) ? Si oui, nombre de dents manquantes	<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
	Avez-vous souffert d'autres maladies, troubles, séquelles d'accidents ou autres dégradations de votre santé, avez-vous été hospitalisé ou avez-vous subi de quelconques examens/ traitements durant les cinq dernières années ? Est-ce le cas actuellement ?	<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
12b	Y a-t-il d'autres conditions médicales non mentionnées ci-dessus dont vous avez ressenti des signes ou des symptômes, sans qu'il y ait eu diagnostic ni consultation médicale, à un quelconque moment au cours des cinq dernières années ?	<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

Autres informations :

Si vous avez répondu par « oui » à l'une des questions ci-dessus, veuillez préciser votre réponse dans le tableau ci-dessous. Joignez si possible les comptes rendus médicaux correspondants.

N° de la personne	N° de la question	1. Type de maladie/ diagnostic, symptômes, partie du corps touchée (droite/ gauche), détail du traitement, nom des médicaments prescrits	2. Date de début du traitement/ des symptômes (jj/mm/aaaa)	3. Date de fin du traitement/ des symptômes/ en cours (jj/mm/aaaa)	4. Nom du médecin traitant et adresse de la clinique/ de l'hôpital

N° de la personne	N° de la question	1. Type de maladie/ diagnostic, symptômes, partie du corps touchée (droite/ gauche), détail du traitement, nom des médicaments prescrits	2. Date de début du traitement/ des symptômes (jj/mm/aaaa)	3. Date de fin du traitement/ des symptômes/ en cours (jj/mm/aaaa)	4. Nom du médecin traitant et adresse de la clinique/ de l'hôpital

Informations et observations supplémentaires :

F. Modalités de paiement des primes

a) Périodicité du paiement

- mensuellement
 trimestriellement
 semestriellement
 annuellement

b) Mode de paiement

Virement

- Compte en EURO – Virement des primes en euro à Globality S.A.**
 BGL BNP Paribas · IBAN : LU090030309301020000 · Code BIC : BGLLLULL
- Compte en USD – Virement des primes en USD à Globality S.A.**
 BGL BNP Paribas · IBAN : LU450030309301173000 · Code BIC : BGLLLULL
- Compte en GBP – Virement des primes en GBP à Globality S.A.**
 HSBC · IBAN : GB87MIDL40025081330713 · Code Swift : MIDLGB22 · Code guichet : 400250

Carte de crédit

Vous recevrez, en même temps que vos documents d'assurance, un lien vers une page Internet sécurisée sur laquelle vous pourrez indiquer vos coordonnées de carte bancaire afin d'activer votre couverture d'assurance.

Merci de bien vouloir noter que les primes sont majorées des suppléments suivants en fonction des échéances de paiement choisies : 0 % en cas de paiement annuel, 2 % en cas de paiement semestriel, 3 % en cas de paiement trimestriel et 4 % en cas de paiement mensuel.

- Prélèvement automatique** (Uniquement pour les primes en euros à l'intérieur de la zone euro, au Royaume-Uni et au Danemark). Nous vous prions de remplir le formulaire de prélèvement SEPA ci-joint et de bien vouloir nous le retourner avec la demande d'assurance.

*La zone euro comprend les pays suivants : Allemagne, Autriche, Belgique, Chypre, Espagne, Estonie, Finlande, France, Grèce, Irlande, Italie, Lettonie, Luxembourg, Malte, Pays-Bas, Portugal, Slovaquie, Slovénie.

Le titulaire de la police doit indiquer un compte – si disponible – pour les remboursements.

Titulaire du compte	Etablissement bancaire
N° de compte	Code banque
Code postal/ régional/ ville	Pays
Swift (BIC)	IBAN

Mandat de Domiciliation SEPA

⚠ Veuillez bien noter que le prélèvement automatique SEPA n'est applicable que pour les paiements en Euros au sein de la Zone Euro, Royaume-Uni et le Danemark. Cette fonctionnalité ne s'applique pas aux paiements en USD et GBP, ainsi qu'aux clients payants depuis l'extérieur de la zone euro.

[Grid of 13 empty boxes for reference number]

Référence unique du mandat – à compléter par le Créancier

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez (A) Globality S.A. à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et (B) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de Globality S.A..

Vous bénéficiez d'un droit à remboursement par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Toute demande de remboursement doit être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte.

Veillez compléter les champs marqués *.

Les champs marqués ** devront être complétés par le créancier avant de soumettre le formulaire au débiteur.

Nom du débiteur * [input] 1

Adresse du débiteur * [input] 2
Nom du titulaire du compte

[input] 3
Numéro et nom de la rue

[input] 4
Code postal Ville

[input] 5
Pays

IBAN du débiteur * [input] 6
Numéro d'identification international du compte bancaire – IBAN (International Bank Account Number)

[input] 7
Code international d'identification de votre banque – BIC/ SWIFT Code

Nom du créancier ** [input] 8
Nom du créancier

** [input] 9
Identifiant du créancier

** [input] 10
Numéro et nom de la rue

** [input] 11
Code postal Ville

** [input] 12
Pays

Type de paiement * [input type="checkbox"/> Paiement récurrent/répétitif [input type="checkbox"/> Paiement ponctuel 12

Informations relatives au contrat entre le créancier et le débiteur – fournies seulement à titre indicatif

Nom de l'assuré [input] 13
Prénom et nom de famille

Numéro d'assurance / Numéro de police si disponible [input] 14

Signé à * [input] Date * [input] 15
Lieu

Veillez signer ici* [input with 'X' signature] 16
Signature(s)

Note: Vos droits concernant le mandat ci-dessus sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.

Si vous êtes un client individuel, merci d'envoyer le formulaire rempli à : service-yougenio@globality-health.com

Si vous êtes assuré via une entreprise, merci de l'envoyer à : service-group@globality-health.com

Zone réservée à l'usage exclusif du créancier

G. Déclarations du demandeur et de la/ des personne(s) à coassurer

J'ai connaissance des points suivants :

Droit de révocation

Vous pouvez vous rétracter de la police d'assurance sans motif dans un délai de quatorze jours et sans pénalité. Ce délai commence à courir dès la réception de la police d'assurance et des conditions générales. Vous pouvez nous faire part de votre rétractation par courrier, par courriel ou par télécopie avant l'expiration du délai de deux semaines.

Si vous utilisez le droit de rétractation dans un délai de deux semaines, nous vous rembourserons toutes les primes éventuellement déjà réglées. En l'absence d'une rétractation de votre part sous deux semaines, la police d'assurance prend définitivement effet.

Pour respecter ce délai, il vous suffit d'envoyer votre révocation par courrier postal, E-mail ou fax avant sa date d'expiration.

La révocation doit être adressée à
Globality S.A.,
13, rue Edward Steichen,
L-2540 Luxembourg.

En cas de révocation par E-mail ou par fax, merci de l'adresser à : service-yougenio@globality-health.com, fax +352 / 270 444 3699.

Conséquences de la révocation

Si vous exercez votre droit de révocation, les versements reçus de part et d'autre devront être remboursés.

Responsabilité du contenu de la demande de couverture

Avant de déclarer mon intention de souscrire un contrat, je suis tenu(e) d'indiquer à l'assureur toutes les circonstances dont j'ai connaissance et demandées par l'assureur, qui pourraient être déterminantes pour la décision de l'assureur d'accorder la couverture.

Les conditions survenant entre la signature de la demande et la confirmation de l'acceptation par Globality S.A. seront également réputées préexistantes.

Concernant les conséquences juridiques de toute réponse incorrecte aux questions de santé, nous renvoyons aux explications données sur les questions de santé aux pages 4 à 7.

Droit applicable

La police d'assurance est régie par le droit luxembourgeois dans la mesure où aucune réglementation nationale ne serait incompatible avec le droit luxembourgeois.

Autorité de surveillance

Globality S.A. est soumise au contrôle du :
Commissariat aux Assurances
7, Boulevard Joseph II
L-1840 Luxembourg

Réclamations

Toutes réclamations peuvent être adressées à Globality S.A., ou au médiateur des compagnies d'assurances (A.C.A. – Association des Compagnies d'Assurance – en collaboration avec l'U.L.C. – Union Luxembourgeoise des Consommateurs) ou encore à l'autorité de surveillance du secteur des assurances à Luxembourg, le Commissariat aux Assurances.

Consentement à la réception, à la conservation, au traitement et à la transmission de données personnelles

En signant la présente demande de couverture d'assurance santé, je donne explicitement mon accord pour la réception, la conservation et le traitement des données sur ma personne, mon assurance, mon état de santé et mes informations bancaires par Globality S.A. et à la transmission de celles-ci aux partenaires contractuels de Globality S.A. concernés (tels que réassureurs, prestataires médicaux, partenaires de service coopérant avec Globality S.A.). À cet égard Globality S.A. s'engage à n'effectuer la collecte, à ne conserver, traiter et transmettre de telles données à des tiers qu'exclusivement pour les besoins

de l'exécution du contrat d'assurance, l'octroi de la couverture d'assurance et la fourniture de services d'assistance, de conseil et d'aide.

Les informations concernant l'identité et le siège social des tiers traitant mes données sont disponibles à tout moment, sur demande, auprès de Globality S.A..

Le présent consentement restera valable après ma mort et est valable pour mes enfants assurés et toutes autres personnes assurées dont je suis le représentant légal.

J'ai à tout moment, sur demande, un droit d'accès et de rectification de mes données personnelles.

Autorisation de divulgation des données médicales

En signant la présente demande de couverture d'assurance santé, j'autorise tous les médecins, infirmiers et le personnel soignant, ainsi que les employés d'hôpitaux, de cliniques, de maisons de retraite et de compagnies d'assurances privées, de caisses maladie obligatoires ainsi que les associations de prévention des accidents du travail et les administrations cités dans les documents présentés à Globality S.A. ou ayant participé au traitement, à fournir à Globality S.A. des informations sur ma santé et le traitement afin de permettre l'évaluation du risque médical lors de la conclusion du contrat et de la vérification de mes droits dans le cadre du contrat d'assurance.

En signant la présente demande de couverture d'assurance santé, j'autorise également les employés de Globality S.A. à fournir des informations sur ma santé et mon traitement ou sur ma couverture d'assurance à d'autres sociétés au sein du Groupe Münchener Rückversicherungs-Gesellschaft AG, the reinsurer, aux partenaires médicaux associés et aux partenaires de Globality S.A. Le présent pouvoir est révocable à tout moment. Globality S.A. s'engage à ne communiquer de telles données à des tiers qu'exclusivement pour les besoins de l'exécution du contrat d'assurance, l'octroi de la couverture d'assurance et la fourniture de services d'assistance, de conseil et d'aide.

L'autorisation, telle que définie ci-dessus, restera valable après ma mort et est valable pour mes enfants assurés et toutes autres personnes assurées dont je suis le représentant légal.

À titre révocable à tout moment, je consens également à ce que Globality S.A. demande des renseignements auprès du Registre du commerce, du Registre des débiteurs insolvables et du Registre des dépôts de bilan privés, ou charge une agence de renseignements de ces recherches, aux fins d'évaluation de ma solvabilité.

Date de prise d'effet de la couverture d'assurance

La couverture d'assurance prend effet à la date indiquée dans la police d'assurance (prise d'effet de garantie), mais pas avant le paiement de la première prime et pas avant la fin du délai d'attente.

Nous ne couvrons pas les cas d'assurance se produisant avant la prise d'effet de garantie. En cas de modification de la police d'assurance, ce paragraphe s'appliquera aux ajouts et modifications de la couverture d'assurance comme indiqué ci-dessous.

Bases contractuelles

Le contrat d'assurance sera régi par la police d'assurance, la demande d'assurance les Conditions Générales d'Assurance de Globality YouGenio® World, les conditions particulières et tout avenant éventuel.

En cas de quelconque différend lié à l'assurance, à sa couverture et aux prestations, c'est la version anglaise des Conditions générales d'assurance ainsi que d'autres ouvrages et documentations spécialisés qui feront foi.

Je recevrai une copie de la demande de couverture d'assurance immédiatement après apposition de ma signature.

Modifications

Les modifications de couverture d'assurance ne sont possibles qu'au début d'une nouvelle année d'assurance (monnaie, franchise, plan).

Selon la formule choisie, les délais d'attente s'appliqueront également aux garanties additionnelles. Les maladies et leurs suites, ainsi que les séquelles d'accidents survenus pendant la période d'assurance précédente et qui, d'après les résultats d'examen médicaux, constituent une aggravation du risque, peuvent être exclus de la couverture d'assurance de niveau supérieur.

Cette clause vaut également pour les traitements et accouchements liés à des grossesses précédemment existantes.

Si des suppléments pour risque sanitaire accru étaient applicables avant le changement de la couverture d'assurance, ceux-ci seront calculés aux mêmes pourcentages des primes dans la nouvelle formule, à moins d'une convention contraire. Les montants correspondants des suppléments participent aux modifications de primes (p. ex. ajustement des primes).

Si une conversion demandée n'est pas effectuée suite à l'exercice du droit de révocation légal, la couverture d'assurance qui était valable jusqu'alors est maintenue.

La période d'assurance précédente est imputée sur la nouvelle assurance lors du changement de couverture.

L'année d'assurance reste inchangée après la conversion.

Personnes assurables

En tant que personne séjournant provisoirement à l'étranger pendant au moins trois mois, je confirme être éligible ou que je serai éligible à partir de la date de prise d'effet de la couverture. J'ai connaissance du fait qu'il n'est possible d'assurer les membres de ma famille/ ma (mon) compagne (compagnon) que dans la mesure où ceux-ci sont éligibles aux termes des Conditions Générales d'Assurance ; ils ne sont pas coassurés automatiquement.

Assurance antérieure

Pour tout traitement hospitalier, ambulatoire et dentaire pendant les cinq dernières années, vous êtes tenu(e) de fournir à Globality S.A. toute information d'une assurance de santé antérieure ou du système étatique de soins par laquelle vous avez été couvert(e) (y compris une assurance de santé obligatoire/ assurance de santé privée/ de santé publique).

Demande d'assurance et acceptation de votre déclaration de couverture d'assurance santé

La demande d'assurance n'oblige aucune des parties à conclure le contrat. Toutefois, nous vous ferons parvenir dans les 30 jours suivant la réception de la demande d'assurance une nouvelle offre dans le cas où une sélection des risques médicaux est nécessaire ou de notre décision de refuser l'assurance. Nous vous fournirons une couverture d'assurance en supposant que vous avez répondu avec exactitude et exhaustivité aux différentes questions posées avant la prise d'effet de la police d'assurance (obligation précontractuelle de déclaration des risques).

Le contrat d'assurance n'est valide que lorsque la demande a été acceptée par écrit par l'assureur et que la police d'assurance a été émise. Le paiement de la première prime à l'intermédiaire d'assurance ne vaut pas acceptation de la demande.

Échéance de la première prime

La prime indiquée dans la police d'assurance est une prime mensuelle payable par avance. Tout supplément de prime facturé pour un risque médical extraordinaire sera indiqué séparément. La première prime est exigible immédiatement après l'acceptation de votre demande de couverture par nos services qui vous transmettront votre police d'assurance.

Durée du contrat

Le contrat d'assurance est conclu initialement pour une durée d'une année d'assurance qui se prolonge automatiquement par périodes de 12 mois à expiration de chaque année d'assurance, à moins que vous vous opposiez à la prolongation au plus tard trois mois avant la fin de l'année d'assurance.

Moratoire

Les personnes âgées de 55 ans ou moins peuvent opter pour un moratoire au lieu de demander une souscription médicale.

Dans ce cas, toute maladie préexistante dont a souffert un assuré au cours des cinq dernières années sera couverte après un délai de deux ans sans traitement médical, sans symptômes, sans conseil ou traitement liés à la maladie préexistante. Si l'assuré reçoit un traitement, un conseil ou une médication pour soigner la maladie préexistante dans les deux premières années de l'assurance, le délai d'attente de deux ans (sans traitement, conseil ni médication) pourra recommencer à courir pour la maladie préexistante. Les nouvelles maladies ou états sans lien avec la maladie préexistante seront immédiatement pris en charge.

Maladies préexistantes

Une maladie préexistante est un état médical (ou un état nécessitant un traitement médical), apparu avant la date de début de la couverture d'assurance santé. Aux fins de la définition, un état médical est

- tout état nécessitant des soins médicaux ou dentaires et leurs conséquences, pour lesquels vous avez reçu un traitement médical, aviez des symptômes, avez demandé conseil, consulté un médecin (y compris pour un bilan de santé), ou suivi un traitement (médicaments, régime spécial ou injection) qui existait au début de l'assurance à la connaissance de la personne concernée
- grossesse, accouchement, complications du postpartum et les conséquences y étant liées.

Les états médicaux survenant entre le moment de la demande d'assurance et la confirmation par nos services que nous acceptons de vous assurer sont considérés comme des maladies préexistantes.

J'ai lu les déclarations figurant ci-dessus et confirme que les informations fournies dans la présente demande sont exactes et complètes pour toutes les personnes à assurer.

En signant ce formulaire,

- je donne mon accord à la réception, à la conservation, au traitement et à la transmission de mes données personnelles et j'autorise à fournir des informations médicales (ce qu'on appelle dans certaines juridictions « levée du secret professionnel ») comme précisé aux pages 10 et 11. Cet accord vaut pour moi-même, pour mes enfants assurés et pour les personnes coassurées dont je suis le représentant légal.
- je n'autorise pas les professionnels de la santé à fournir des informations relatives à mon état de santé et à mes traitements médicaux à Globality S.A. comme détaillé au page 10. Je souhaite être informé(e) par l'assureur concernant les personnes et les organisations auxquels il demande des informations. Je déciderai alors au cas par cas si j'autorise les personnes ou organisations concernées à fournir l'information à Globality S.A..

Le choix de cette option peut :

1. retarder la conclusion de la demande d'adhésion ou provoquer le refus de la souscription au contrat d'assurance demandé si une évaluation du risque n'est pas réalisable sur la base des sources d'information restantes.
2. mener à un retard dans la vérification des demandes de remboursement, à une réduction des prestations, ou potentiellement à une exemption des obligations de l'assureur si le droit à prestations ne peut être établi, ou seulement en partie, sur la base des sources d'information restantes.

<p>À remplir par l'intermédiaire :</p> <p>Certaines questions de la présente demande ont-elles appelé des réponses qui n'auraient pas été consignées dans le présent formulaire ? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui</p>	<p>Si oui, lesquelles ?</p> <div style="border: 1px solid black; height: 40px;"></div>
--	--

Toutes les informations et tous les documents relatifs à mon contrat d'assurance seront envoyés :

- à mon adresse de correspondance à l'intermédiaire désigné ci-après, auquel je donne mandat de les recevoir en mon nom :

Je consens par la présente à recevoir des offres spéciales de Globality S.A. par écrit et par téléphone.

- Oui Non Ce consentement peut être révoqué à tout moment.

Ma signature vaut également pour signature des déclarations imprimées aux pages 10 et 11 (entre autres la déclaration sur mon droit de révocation et la protection des données personnelles) et confirmation que j'ai bien lu et compris les Conditions Générales d'Assurance du contrat Globality YouGenio® World. Toutes les personnes de 18 ans et plus doivent signer. Si le titulaire de la police et la personne assurée ne font qu'un, veuillez signer une fois.

Lieu et date	Signature du titulaire de la police	Personne assurée 1
Personne assurée 2	Personne assurée 3	Personne assurée 4
Signature(s) de la/ des personnes coassurée(s) ou de son/ leur(s) représentant(s) légal/ légaux		
Nom et n° de l'intermédiaire	Nom et n° du sous-intermédiaire 1	
Signature de l'intermédiaire	Nom et n° du sous-intermédiaire 2	

Nous ne pourrions traiter votre demande si certains champs ne sont pas renseignés.

Merci de renvoyer votre formulaire de demande intégralement complété par :

E-mail : scannez-le et envoyez-le à : service-yougenio@globality-health.com

Fax : imprimez-le et envoyez-le au +352 270 444 3699

Vous pouvez également l'envoyer par courrier postal à : Globality S.A., 13 rue Edward Steichen, L-2540 Luxembourg