

(effective 15th January 2005)/(En vigueur à compter du 15 janvier 2005)



GOODHEALTH

Agent/Broker Name and Stamp
Nom et tampon de l'agent/du courtier

One Care International
24 rue de la Tour d'auvergne
75009 PARIS

In which language would you like to receive your Policy Documents?

English French

Dans quelle langue désirez vous recevoir votre police?

Anglais Français

Please read through the following before completing this application and complete in BLOCK CAPITALS.

All information supplied will be treated in strict confidence. **You** must disclose all material facts. Failure to do so may invalidate the **Policy**. A material fact is one which is likely to influence the assessment and acceptance of this application. If **You** are in any doubt whether a fact is material it should be disclosed.

As the applicant **You** should answer all the questions and sign the declaration on behalf of all persons included in this application. A copy of this application can be supplied to **You** on request within three months of completion. **You** should keep a record of all information (including copies of all letters) supplied to us for the purpose of entering into this contract.

Veillez lire ce qui suit avant de remplir la présente demande EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE.

Toutes les informations communiquées seront traitées dans la plus grande confidentialité. **Vous** devez déclarer tous les faits importants, sinon cela pourrait invalider votre **Police** d'assurance. Un fait important est un fait qui serait susceptible d'influencer l'évaluation et l'acceptation de la présente demande. Si **Vous** hésitez quant à savoir si un fait est ou non important, il convient de déclarer ce fait. En qualité de proposant **Vous** devez répondre à toutes les questions et signer la déclaration au nom de toutes les personnes incluses au titre de la présente demande. **Vous** pouvez demander à obtenir une copie de ce formulaire dans les trois mois qui suivent la date à laquelle l'avez rempli. Il convient de conserver une copie de toutes les informations qui nous ont été communiquées (y compris les copies de toutes les lettres) aux fins de conclure ce contrat.

1. Details of Applicant (First Person)/Informations sur le Proposant (Première personne)

Family Name: Nom de famille:													
First Name(s): Prénom(s):											Title: Civilité:		
Marital Status: Situation de famille:			M/F Sexe:	Date of Birth: Date de naissance:			Height: Taille:			Weight: Poids:			
Industry: Secteur professionnel:													
Occupation: Profession:													
Nationality: Nationalité:													
Country of Residence: Pays de résidence:													

Residential Address: Adresse du domicile:													Correspondence Address: Adresse de correspondance:												
Town/City: Ville:							Town/City: Ville:																		
Country/State: Pays/État:							Country/State: Pays/État:																		
Postcode: Code postal:							Postcode: Code postal:																		

Home Telephone: Téléphone privé:													Business Telephone: Téléphone professionnel:												
Mobile: Portable:													Fax: Télécopie:												
Home Email: Adresse email privée:													Business Email: Adresse email professionnelle:												

2. Dependant's Details

Please note children to be included under this plan must be under 18 years of age or under 23 years of age if they are in full time education and are fully dependant upon You.

Veillez noter que les enfants pouvant être inclus dans le cadre de ce plan doivent être totalement à Votre charge, et avoir moins de 18 ans ou moins de 23 ans s'ils sont étudiants à plein temps.

Dependant 1/1ère Personne à Charge											
Family Name: Nom de famille:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
First Name(s): Prénom(s):	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Other Initials: Autres initiales:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Title: Civilité:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Sex: M/F Sexe: M/F	<input type="text"/>	Height: Taille:	<input type="text"/> m/ft <input type="text"/> mètre/pied
Relationship to Applicant: Relation avec le proposant:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Date of Birth: Date de naissance:	<input type="text"/> day/jour <input type="text"/> month/mois <input type="text"/> year/année
Occupation: Profession:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nationality: Nationalité:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Dependant 2/2è Personne à Charge											
Family Name: Nom de famille:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
First Name(s): Prénom(s):	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Other Initials: Autres initiales:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Title: Civilité:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Sex: M/F Sexe: M/F	<input type="text"/>	Height: Taille:	<input type="text"/> m/ft <input type="text"/> mètre/pied
Relationship to Applicant: Relation avec le proposant:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Date of Birth: Date de naissance:	<input type="text"/> day/jour <input type="text"/> month/mois <input type="text"/> year/année
Occupation: Profession:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nationality: Nationalité:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Dependant 3/3è Personne à Charge											
Family Name: Nom de famille:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
First Name(s): Prénom(s):	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Other Initials: Autres initiales:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Title: Civilité:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Sex: M/F Sexe: M/F	<input type="text"/>	Height: Taille:	<input type="text"/> m/ft <input type="text"/> mètre/pied
Relationship to Applicant: Relation avec le proposant:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Date of Birth: Date de naissance:	<input type="text"/> day/jour <input type="text"/> month/mois <input type="text"/> year/année
Occupation: Profession:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nationality: Nationalité:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Dependant 4/4è Personne à Charge											
Family Name: Nom de famille:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
First Name(s): Prénom(s):	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Other Initials: Autres initiales:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Title: Civilité:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Sex: M/F Sexe: M/F	<input type="text"/>	Height: Taille:	<input type="text"/> m/ft <input type="text"/> mètre/pied
Relationship to Applicant: Relation avec le proposant:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Date of Birth: Date de naissance:	<input type="text"/> day/jour <input type="text"/> month/mois <input type="text"/> year/année
Occupation: Profession:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nationality: Nationalité:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

If You have any further Dependants please provide details on a separate sheet.

Si Vous avez d'autres Personnes à Charge, veuillez indiquer les informations les concernant sur une feuille séparée.

3. Commencement Date

Subject always to Section 9 of this application form, the Commencement Date of this Policy will be the date on which this application is accepted in writing by Us. If You wish Your cover to start later, please indicate below. Please note the Commencement Date can be no more than 30 days from the date of completion of this application by You. Under no circumstances will Policies be backdated.

Toujours sous réserve de la Section 9 du présent formulaire d'adhésion, la Date de Prise d'effet de la présente Police d'assurance sera la date à laquelle Nous avons accepté cette demande par écrit. Si Vous souhaitez que votre garantie commence plus tard, veuillez l'indiquer ci-dessous: Veuillez noter que la Date de Prise d'effet ne peut pas avoir lieu plus de 30 jours après la date à laquelle Vous aurez rempli la présente demande. En aucun cas les Polices d'assurance ne seront antidatées.

Commencement Date: Date de Prise d'effet souhaitée:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
--	----------------------	----------------------	----------------------

4. Product Options/Options de produits – Niveaux de couverture

This plan enables You to choose various options to suit Your personal requirements. Please clearly tick the option You have selected. Your Policy will be issued on this basis. The table below is for guidance only, please refer to the full Benefit Schedule and Policy Wording for a detailed description of the Benefits of each plan option.

Ce programme Vous permet de choisir parmi diverses options afin de répondre à vos besoins personnels. Veuillez cocher distinctement l'option que Vous avez choisie. Votre Police d'assurance sera établie sur cette base. Le tableau ci-dessous est purement donné à titre informatif, veuillez Vous référer au Tableau complet des Prestations et au texte de la Police d'assurance pour de plus amples explications sur les Prestations offertes par chaque option.

Benefits / Prestations	Major Medical OPTION 001	Foundation OPTION 002	Lifestyle OPTION 003	Lifestyle Plus OPTION 004
Standard Excess Franchise standard	NIL	€100	€100	€100
Maximum Benefit per Insured Person per Period of Cover Garantie maximum par Personne Assurée et par Période de Garantie	€1,600,000	€1,600,000	€1,600,000	€1,600,000
In-Patient and Day-Patient care Hospitalisation et Hôpital de jour	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Oncology, CT and MRI scans Soins d'oncologie, tomographie assistée par ordinateur & examens IRM	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Complications of Pregnancy Maternité avec complications	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Parent Accommodation Hébergement des parents	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Evacuation Evacuation	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Out-Patient care Soins Ambulatoires	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Emergency Dental Treatment Traitement dentaire d'urgence	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Daily Hospital Cash Benefit Prestation en espèces par journée d'hospitalisation	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
AIDS/HIV SIDA/VIH	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Extended Evacuation Evacuation avec couverture complémentaire	optional/optionnel	optional/optionnel	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Routine Management of Chronic Conditions Gestion routinière des maladies chroniques	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Routine Pregnancy and Childbirth Grossesse & accouchement de routine	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Routine and restorative dental care Soins dentaires de routine et dentisterie restauratrice	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Your Selection – please tick Your choice Votre choix – Veuillez cocher Votre choix	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Full Refund
Remboursement intégral
 Subject to Limits
Sous réserve des limites plafonds
 No Cover
Aucune garantie

Excess Options - Please select where You wish to change from the standard Excess applicable by ticking the appropriate box.

Options de Franchises - Veuillez choisir quelle Franchise standard applicable Vous désirez changer en cochant la case appropriée.

	Standard	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nil	Standard	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
€50	N/A/Ne s'applique pas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
€250	N/A/Ne s'applique pas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
€500	N/A/Ne s'applique pas	<input type="checkbox"/>	N/A/Ne s'applique pas	N/A/Ne s'applique pas
€1,000	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	N/A/Ne s'applique pas	N/A/Ne s'applique pas
€2,000	N/A/Ne s'applique pas	<input type="checkbox"/>	N/A/Ne s'applique pas	N/A/Ne s'applique pas
€5,000	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	N/A/Ne s'applique pas	N/A/Ne s'applique pas

Additional Options - Please tick Your choices.

Options supplémentaires - Veuillez cocher selon Vos choix.

USA Elective Treatment - [005] Traitement électif aux États-Unis - [005]	N/A/Ne s'applique pas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Semi-Private Room Restriction - [006] Only available to residents of Hong Kong. Restriction Chambre semi-privée - [006] Uniquement disponible pour les personnes résidant à Hong Kong.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
China Private Room Restriction - [007] Only available to residents of mainland China. Restriction Chambre privée en Chine - [007] Uniquement disponible pour les personnes résidant en Chine continentale.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Direct Settlement Network - [008] Only available with standard Excess. Available in certain countries. Please check with your local sales centre. Réseaux de règlements directs - [008] Uniquement disponible avec la Franchise standard. Disponible dans certains pays. Veuillez demander conseil à votre service clientèle local.	N/A/Ne s'applique pas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Extended Evacuation - [009] Couverture complémentaire pour l'Évacuation - [009]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	N/A/Ne s'applique pas	N/A/Ne s'applique pas
Medical History Disregarded - [010] Only available to compulsory group schemes of 10 employees or more. Antécédents médicaux non pris en compte - [010] Uniquement disponible pour les contrats collectifs d'au moins 10 employés.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Extension to Lifestyle Plus - [011] Only available to compulsory group schemes of 5 employees or more. Extension à Lifestyle Plus - [011] Uniquement disponible pour les contrats collectifs d'au moins 5 employés.	N/A/Ne s'applique pas	N/A/Ne s'applique pas	N/A/Ne s'applique pas	<input type="checkbox"/>

5. Premium Payment

Tick which payment method and payment frequency You require and complete all details relevant to that method.

Veillez cocher le mode de paiement et la périodicité des paiements que Vous souhaitez et répondre aux questions concernant le mode choisi.

- a. **Cheque Payment (Annual only)** All cheques must be payable to "Goodhealth Worldwide". Please ensure that the name of the Applicant, (as declared in Section 1 of this form), is clearly stated on the reverse of the cheque.
- a. **Paiement par chèque (Pour les paiements annuels uniquement)** Tous les chèques doivent être libellés à l'ordre de « Goodhealth Worldwide ». Veuillez Vous assurer que le nom du Proposant (tel que déclaré à la Section 1 de la présente demande), est clairement indiqué au dos du chèque.

- b. **Bank Transfer (Annual only)** Please ensure the name of the Applicant (as declared in Section 1 of this form), is clearly stated on any transfer. Our Bank details for Bank Transfer are as follows:
- b. **Virement bancaire (Pour les paiements annuels uniquement)** Veuillez Vous assurer que le nom du Proposant (tel que déclaré à la Section 1 de la présente demande), est clairement indiqué en référence sur tout virement. Nos coordonnées bancaires sont les suivantes:

Account Name:	Goodhealth Worldwide (Europe) Limited	Nom du titulaire du compte:	Goodhealth Worldwide (Europe) Limited
Bank Address:	Citibank, PO Box 749, Dubai, UAE	Adresse de la banque:	Citibank, PO Box 749, Dubai, UAE
Account Number:	500042265	Numéro de compte:	500042265
Swift Code:	CITIAEAD	Code Swift:	CITIAEAD

We cannot accept liability for any bank transfer which does not clearly identify the Applicant. **Nous déclinons toute responsabilité concernant tout virement bancaire n'indiquant pas clairement le nom du Proposant.**

- c. **Credit Card (Annual and Monthly)** VISA MasterCard Amex (Annual and Monthly)
- c. **Carte de crédit (Pour les paiements annuels et mensuels)** VISA MasterCard Amex (Pour les paiements annuels et mensuels)

Credit Card Number:
Numéro de carte de crédit:

Cardholder's Name:
Nom du titulaire de la carte:

Cardholder's Statement Address:
Adresse du titulaire où sont envoyés les relevés:

Expiry Date:
Date d'expiration: month/mois year/année

Type of Payment: Annual Monthly
Type de paiement: Annuel Mensuel

If paying by monthly credit card please complete the Recurring Transaction Authority enclosed. Pour les paiements mensuels par carte de crédit, veuillez remplir l'ordre de transaction de paiement périodique ci-joint.

Cardholder's Authorisation Signature:
Signature du titulaire autorisant le débit:

Date:
Date: day/jour month/mois year/année

For payment method by c, please note Your premium will be collected on receipt of this application, which may be in advance of the **Commencement Date**. If You opt for the monthly payment plan, We may in some circumstances debit two month's premium in Your first month. This is dependent on what time of the month Your billing takes place.

Pour les modes de paiement c, il convient de noter que **Votre prime sera débitée à la réception de la présente demande, ce qui peut être antérieur à la Date de Prise d'effet**. Si Vous optez pour le paiement mensuel, il est possible que **Nous débitons parfois deux primes mensuelles au cours du premier mois**. Cela dépend de la date à laquelle est établie **Votre facturation mensuelle**.

6. Medical Practitioner Details - Coordonnées du médecin traitant

Please give the details, including name, address and qualifications of Your usual Medical Practitioner, and in respect of anyone else included in this application.

Veillez indiquer les coordonnées, ce qui doit inclure le nom, l'adresse et la spécialité de **Votre Médecin Traitant** habituel et celui de toute personne incluse dans le cadre de la présente demande.

Please use a separate sheet if this space is insufficient.

Si vous n'avez pas suffisamment de place, veuillez utiliser une feuille séparée.

7. Pre Existing Condition(s) - Antécédents médicaux

Benefits will not be available for any Medical Condition or Related Condition for which You have received medical Treatment, had symptoms of, or to the best of Your knowledge existed, or sought Advice prior to Your Date of Entry, until two consecutive years have elapsed, after the Date of Entry, during which no Treatment or Advice was given in respect of that Medical Condition or any Related Medical Condition.

Aucune prestation n'est accordée pour tout État Pathologique ou État Apparenté pour lequel Vous avez reçu un Traitement médical ou pour lequel Vous avez présenté des symptômes, ou qui, à Votre connaissance existait ou pour lequel Vous avez demandé une consultation avant la date de Votre adhésion et jusqu'à ce que 2 années consécutives se soient écoulées après la Date d'adhésion, durant lesquelles Vous ne devez avoir eu recours à aucun Traitement ou consultation en relation avec cet État Pathologique ou tout État Pathologique Apparenté.

8. Medical Questionnaire/Questionnaire médical

Please reply to the following questions by ticking Yes or No. In case You have ticked Yes, please provide details.
Veuillez répondre aux questions suivantes en cochant Oui ou Non. Si Vous avez coché Oui, veuillez préciser.

	Yes/Oui	No/Non
a. Have You, or anyone included in this application, been admitted to Hospital or other similar establishment in the last five years? a. Avez-Vous été admis, ou une personne incluse dans le cadre de la présente demande a-t-elle été admise, à l'Hôpital ou dans un autre établissement semblable au cours des cinq dernières années?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Have You, or anyone included in this application, been prescribed with a course of any drugs or medication, or Treatments for a period in excess of seven days in the last two years? b. Vous a-t-on prescrit, à Vous-même ou à toute personne incluse dans le cadre de la présente demande, un médicament ou un Traitement pour une durée supérieure à sept jours au cours des deux dernières années?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Have You, or anyone included in this application, any known or foreseeable need to consult with a Medical Practitioner or any other health care professional and/or to be required to be prescribed any drugs or medication and/or to be admitted to a Hospital or other similar establishment? c. Prévoyez-vous ou savez-vous que Vous-même ou, toute personne incluse dans le cadre de la présente demande devrez/devra consulter un Médecin ou tout autre professionnel de la santé et/ou que l'on devra vous prescrire des médicaments ou d'autres traitements et/ou être admis à l'Hôpital ou tout autre établissement semblable?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Are You, or anyone included in this application, suffering from any disability, abnormality, recurrent illness, major illness or injury, not already noted above? d. Souffrez-Vous, ou une personne incluse dans le cadre de la présente demande souffre-t-elle, d'une incapacité, d'une anomalie, d'une maladie récurrente, d'une maladie ou d'une lésion grave qui n'a pas déjà été indiquée ci-dessus?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Please use this space to provide any additional information, or a separate sheet of paper if there is insufficient space:
Veuillez fournir toute information complémentaire dans l'espace ci-dessous ou sur une feuille de papier séparée si vous n'avez pas suffisamment de place.

9. Déclaration/Déclaration

I understand and accept Section 7 on Pre-Existing Condition(s).

I declare that the answers given are to the best of my knowledge full, true and complete and have checked and found correct any answers and statements in this application that are not in my own handwriting.

I have declared all material facts which relate to this application.

I declare that I have read and understand the documents 'Key Facts', 'Policy Wording' and 'Benefit Schedule' and agree to accept and conform to the terms of the Policy, unless I cancel this Policy within 15 days from the Commencement Date. I am satisfied that the product selected meets my requirements at this time.

I confirm and agree that the personal information collected or held by Goodhealth, whether contained in this application form or otherwise obtained may be used by Goodhealth, or disclosed to or transferred to any organisation in the World for the purpose of 1) assessing this application and providing on-going insurance and customer service, 2) processing and giving effect to credit card payment, 3) providing marketing material in respect of insurance related services of Goodhealth or it's associated companies and 4) processing claims or analysing the insurance.

I authorise any doctor, physician or Specialist who I have attended in any capacity to provide Goodhealth, or their representatives, with any and all information in respect of such attendance and any known medical history.

I agree that where Medical Treatment is received within the Provider Network by myself or any of my Dependants and it is substantiated that the Treatment or Medical Condition is not refundable within the terms and conditions of the Policy, that I, as the Policyholder, shall be fully responsible for reimbursement to Goodhealth within 14 days of receipt of notice of such non-refundability of all funds expended in connection with any claim for such medical Treatment.

I understand and confirm that where I have not made repayment of funds disbursed by Goodhealth in respect of such medical Treatment not covered by the Policy, the Policy shall be suspended until the date of my full settlement of all outstanding amounts due from me to Goodhealth and in the event that funds so due from me to Goodhealth have been outstanding and unpaid for a period in excess of 14 days Exclusion 1 of the Policy wording shall be re-applied to the Policy with effect from the date of full receipt by Goodhealth of the funds concerned in which event any suspension of the Policy pursuant to this subclause shall be lifted with effect from such full receipt date. In no event shall any claim for Treatment received during the period of suspension be made or met.

I further accept that where funds have been outstanding to Goodhealth for a period in excess of 15 days from notification my Policy will be cancelled void ab initio, without refund of premium.

Je comprends et j'accepte la Section 7 concernant les Antécédents médicaux.

Je déclare qu'à ma connaissance, toutes les informations fournies sont complètes, exactes et correctes, et j'ai vérifié et trouvé correctes les réponses et déclarations figurant sur cette demande qui n'ont pas été rédigées de ma propre main.

J'ai déclaré tous les faits importants qui se rapportent à la présente demande.

Je déclare avoir lu et compris les documents « Points essentiels », le « Texte de la police d'assurance » et le « Tableau des prestations » et je conviens d'accepter et de me conformer aux dispositions de la Police d'assurance, à moins que j'annule cette Police dans les 15 jours qui suivent la Date de Prise d'effet. Je suis certain que les produits choisis répondent à mes besoins présents.

Je confirme que j'accepte que les informations personnelles obtenues ou détenues par Goodhealth, dans le cadre de la présente demande ou d'une autre façon, soient utilisées par Goodhealth ou divulguées ou transmises à tout organisme dans le Monde pour 1) évaluer la présente demande et fournir des services d'assurance et un service clientèle, 2) traiter et effectuer un paiement par carte de crédit, 3) fournir des documents de marketing sur les services relatifs aux assurances de Goodhealth ou de ses sociétés associées et 4) traiter les demandes de remboursement ou analyser l'assurance.

J'autorise tout médecin, thérapeute ou Spécialiste que j'ai consulté à titre quelconque à communiquer à Goodhealth ou à ses représentants, toute(s) information(s) concernant cette consultation et tout antécédent médical connu.

Lorsqu'un Traitement Médical est reçu au sein du Réseau des Prestataires par moi-même ou par l'une des Personnes à ma Charge et qu'il est établi que ce Traitement ou cet État Pathologique n'est pas pris en charge dans le cadre des modalités et conditions de la Police d'assurance, il est entendu qu'en qualité de Titulaire de la Police d'assurance, je serai pleinement responsable du remboursement à Goodhealth, dans les 14 jours qui suivent la réception de l'avis de la non-prise en charge, de tous les fonds versés en rapport à toute demande de remboursement ayant été présentée pour ce Traitement Médical.

Je comprends et je confirme que si je ne rembourse pas les fonds versés par Goodhealth concernant ce Traitement Médical non-couvert par la Police d'assurance, cette dernière sera suspendue jusqu'à la date de mon règlement intégral de tous les montants à rembourser qui sont dus de ma part à Goodhealth et, au cas où les fonds ainsi dus de ma part à Goodhealth demeureraient impayés pendant une période supérieure à 14 jours, l'Exclusion 1 de la Police d'assurance sera remise en vigueur à compter de la date de la réception par Goodhealth de l'intégralité des fonds concernés, en l'occurrence, toute suspension de la Police d'assurance en application de la présente sous-clause sera levée à compter de ladite date de réception de l'intégralité des fonds. En aucun cas, une demande de remboursement d'un Traitement reçu durant la période de suspension ne peut être présentée ou prise en compte.

J'accepte également que lorsque les fonds sont restés impayés à Goodhealth pendant une période supérieure à 15 jours après notification, ma Police d'assurance sera annulée et invalide ab initio, sans aucune ristourne de prime.

Signature of Applicant:
Signature du Proposant:

Date:
Date:

day/jour	month/mois	year/année
----------	------------	------------

Contact Details for the Goodhealth Offices:
Coordonnées pour contacter les bureaux de Goodhealth:

Goodhealth Worldwide (Europe) Limited

2nd Floor
8 Eastcheap
London EC3M 1AE
United Kingdom
TF +800 624 82000*
T +44 (0) 870 442 7376
F +44 (0) 870 442 4377
E enquiries@goodhealth.co.uk

PT Goodhealth Indonesia

Jakarta Stock Exchange Building
Tower II, 17th Floor
Jl. Jend. Sudirman Kav. 52-53
Jakarta 12190
Indonesia
T +6221 515 7610
F +6221 515 7611
E enquiries@goodhealth-id.com

**Claims and Administration Office:
Goodhealth Worldwide Administrators Inc.**

Douglas Centre
2600 Douglas Road, Suite 502
Coral Gables, FL 33134
USA
TF 1 800 914 2176 (inside USA only)
T +1 305 443 6267
F +1 305 443 6648
E enquiries@goodhealthamericas.com

Goodhealth Worldwide (Asia Pacific) Limited

3204A, Tower 1
Admiralty Centre
18 Harcourt Road
Hong Kong
TF +800 624 81000**
T +852 2104 7486
F +852 2147 9960
E enquiries@goodhealth.com.hk

Goodhealth Worldwide (Global) Limited

Swan Building
26 Victoria Street
Hamilton HM 12
Bermuda
TF 1 866 425 1469 (inside USA only)
T +1 786 265 1730
F +1 786 513 8373
E sales@goodhealthamericas.com

Goodhealth Worldwide (Middle East) LLC

Suite 416, Oud Metha Building
PO Box 6380
Dubai
United Arab Emirates
T +971 4 324 0040
F +971 4 324 3550
E enquiries@goodhealth.ae

Goodhealth Worldwide (Shanghai) Limited

1803 18/F Huaihai Zhonghua Tower
885 Ren Min Road
Huangpu District
Shanghai 200010
China
T +8621 6326 2211
F +8621 6326 8525
E enquiries-sh@goodhealthchina.cn

* Toll free number for Goodhealth Worldwide (Europe) Limited +800 624 82000 will operate from Belgium, Denmark, France, Germany, Ireland, Israel, Netherlands, Norway, Spain, Sweden, Switzerland and UK. If You are calling from another location please dial +44 (0) 870 442 7376.

** Toll free number for Goodhealth Worldwide (Asia Pacific) Limited +800 624 81000 will operate from Australia, Hong Kong, Japan, New Zealand, Philippines, South Korea and Thailand. If You are calling from another location please dial +852 2104 7486.

* Le numéro vert/numéro gratuit pour Goodhealth Worldwide (Europe) Limited +800 624 82000 fonctionne à partir des pays suivants : Allemagne, Belgique, Danemark, Espagne, France, Irlande, Israël, Norvège, Pays-Bas, Royaume-Uni, Suède et Suisse. Si Vous appelez d'un autre pays veuillez composer le +44 (0) 870 442 7376.

** Le numéro vert/numéro gratuit pour Goodhealth Worldwide (Asia Pacific) Limited +800 624 81000 fonctionne à partir des pays suivants : Australie, Corée du Sud, Hong Kong, Japon, Nouvelle Zélande, Philippines et Thaïlande. Si Vous appelez d'un autre pays veuillez composer le +852 2104 7486.

www.goodhealthworldwide.com/sollyazar/