

14, Chaussée Prince Louis Rwagasore,
B.P 2290 Bujumbura
Tél : 22 27 58 20/21/22
Email : ijcb@jubileeburundi.com

Instructions

Répondez à toutes ces questions en lettres majuscules.

Attachez une copie de votre carte d'identité ou passeport, certificat de naissance/ déclaration (pour les enfants de moins de 18 ans), votre photo passeport et celui de chacun des membres de votre famille proposé pour l'assurance.

1. DETAILS DU DEMANDEUR

Nom Titre

Prénom Autres noms

N° CNI ou Passeport Sexe Masculin Féminin

Date de naissance Etat Civil

No. INSS Taille (cm) Poids (kg)

Nom de l'employeur (s'il y en a)

Profession Nationalité

COORDONNEES

Adresse Postale

Adresse Physique(hab)

Téléphone habitation Téléphone bureau

Téléphone Mobile Email

DONNEES DU PARENT LE PLUS PROCHE

Nom Complet	<input type="text"/>		
Lien de parenté	<input type="text"/>	No CNI ou PP.	<input type="text"/>
No de Téléphone	<input type="text"/>	Adresse Postale	<input type="text"/>

DONNEES DU BENEFICIAIRE DE LA COUVERTURE ACCIDENT CORPOREL ET/ OU COUVERTURE DES FRAIS FUNERAIRES (facultatif)

Nom complet	<input type="text"/>		
Lien de parenté	<input type="text"/>	No CNI ou PP.	<input type="text"/>
No de Téléphone	<input type="text"/>	Adresse postale	<input type="text"/>

2. COORDONNEES DES AYANTS DROITS

Notez que les enfants seront éligibles dès l'âge de 3 ans jusqu'à 18 ans.

Ayant Droit 1

Prénom	<input type="text"/>	Titre	<input type="text"/>
Nom	<input type="text"/>	Autres noms	<input type="text"/>
No CNI ou PP.	<input type="text"/>	Sexe	<input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin
DDN	<input type="text"/>	Etat civil	<input type="text"/>
No.INSS	<input type="text"/>	Taille(cm)	<input type="text"/> Poids (kg) <input type="text"/>
Lien avec le demandeur	<input type="text"/>	Profession	<input type="text"/>

Ayant Droit 2

Prénom	<input type="text"/>	Titre	<input type="text"/>
Nom	<input type="text"/>	Autres noms	<input type="text"/>
No CNI ou PP.	<input type="text"/>	Sexe	<input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin
DDN	<input type="text"/>	Etat civil	<input type="text"/>
No. INSS	<input type="text"/>	Taille (cm)	<input type="text"/> Poids (kg) <input type="text"/>
Lien avec le demandeur	<input type="text"/>	Profession	<input type="text"/>

Ayant Droit 3

Prénom	<input type="text"/>	Titre	<input type="text"/>
Nom	<input type="text"/>	Autres noms	<input type="text"/>
No CNI ou PP.	<input type="text"/>	Sexe	<input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin
DDN	<input type="text"/>	Etat civil	<input type="text"/>
No INSS.	<input type="text"/>	Taille (cm)	<input type="text"/> Poids (kg) <input type="text"/>
Lien avec le demandeur	<input type="text"/>	Professional	<input type="text"/>

Ayant Droit 4

Prénom Titre

Nom Autres noms

No CNI ou PP. Sexe Masculin Féminin

DDN Etat civil

No INSS. Taille (cm) Poids (kg)

Lien avec le demandeur Professional

3. DETAILS DE LA COUVERTURE

Cochez le régime choisi ou demandé et les primes y relatives

Couverture	<i>Royal</i>	<i>Executif</i>	<i>Avancé</i>	<i>Première</i>
Hospitalisation	75,000,000 <input type="checkbox"/>	45,000,000 <input type="checkbox"/>	30,000,000 <input type="checkbox"/>	15,000,000 <input type="checkbox"/>
Soins ambulatoires	1,500,000 <input type="checkbox"/>	1,500,000 <input type="checkbox"/>	1,200,000 <input type="checkbox"/>	750,000 <input type="checkbox"/>
Frais Funéraires	1,500,000 <input type="checkbox"/>	1,500,000 <input type="checkbox"/>	750,000 <input type="checkbox"/>	750,000 <input type="checkbox"/>
Maternité	2,250,000 <input type="checkbox"/>	1,800,000 <input type="checkbox"/>	n/a <input type="checkbox"/>	n/a <input type="checkbox"/>
Accident Corporel	7,500,000 <input type="checkbox"/>	7,500,000 <input type="checkbox"/>	7,500,000 <input type="checkbox"/>	7,500,000 <input type="checkbox"/>

Calcul de la Prime

	Prime (en Bif)					
	Hospitalisation	Soins ambulatoires	Frais Funéraires	Accident Corporel	Evacuation	Total
Membre Principal						
Epoux(se)						
Enfant I						
Enfant II						
Enfant III						
Enfant IV						
Primes Totales						
TVA						
Montant total						

4. DETAILS SUR UNE COUVERTURE ANTERIEURE

a) Nom de la Couverture - Demandeur Principal

Du: jj/mm/aa au: jj/mm/aa

b) Nom de la Couverture – Conjoint

Du: jj/mm/aa au: jj/mm/aa

Avez-vous ou un de vos ayants droits déjà été refusé, ou avoir eu des exclusions applicables pour une couverture d'assurance maladie? Oui/Non Si 'oui' donnez tous les détails _____

Avez-vous ou un de vos ayants droits déposé une réclamation au cours de l'année précédente? Oui/Non Si 'oui' donnez les détails _____

5. DOSSIER MEDICAL CONFIDENTIEL

Indiquez si vous ou un de vos ayants droits avez déjà été traités ou êtes actuellement sous traitement, ou si vous attendez recevoir un traitement pour les maladies suivantes sans y être limités :

Les demandeurs sont numérotés comme mentionné dans la section 2. Indiquez oui ou non dans la case du demandeur en bas. Notez que le demandeur principal est N°1							
Question	N°. 1	N°. 2	N°. .3	N°. .4	N°. .5	N°. 6	
1. Des troubles sanguins. ex : anémie, troubles de la coagulation, leucémie							
2. Cancer, tumeurs ou des tumeurs bénignes ou malignes							
3. Désordres cardiovasculaires (cœur et vaisseaux sanguins), par exemple les troubles l'hypertension artérielle, des varices, des palpitations, de la thrombose veineuse							
4. Trouble des Oreilles, du nez et de la gorge par exemple des troubles d'audition / trouble de la parole, infections de l'oreille, problèmes de sinus, la chirurgie nasale /gorge, les amygdales, des végétations adénoïdes, précédentes lésions nasales, les infections des voies respiratoires supérieures, épistaxis							
5. Les troubles endocriniens par exemple le diabète, l'hypercholestérolémie, les anomalies de la thyroïde							
6. Troubles oculaires liés par exemple à l'aveuglement, le glaucome, la chirurgie oculaire, des cataractes, implants de lentilles, de réfraction et la chirurgie au laser							
7. Appareil génito-urinaire par exemple, syndrome inflammatoire pelvien, la maladie de la prostate, des anomalies du pénis, le scrotum. L'appareil reproducteur, du sang dans l'urine, les calculs rénaux, insuffisance rénale, problèmes de vessie, Dialyse							
8. Affections gastro-intestinales par exemple des indigestions récurrentes, brûlures d'estomac, les ulcères, hernie, des hémorroïdes, des fissures. Avez-vous déjà fait une endoscopique de l'œsophage, de l'estomac ou du côlon.							
9. a Troubles gynécologiques et obstétriques par exemple des fibromes, grossesse extra utérine, Césarienne, des irrégularités menstruelles. Frottis vaginaux anormaux, la réception du traitement hormonal. Saignements utérins, la chirurgie laparoscopique, la dilatation et Curetage, les fausses							

9. b	couches, les problèmes liés à la grossesse. Si vous êtes enceinte, donnez la date probable d'accouchement (dd/mm/aa)						
10.	Par exemple des troubles musculo-squelettiques l'arthrite, maux de dos, la goutte et l'ostéoporose. Tous les problèmes articulaires et les fractures						
11.	Les troubles neurologiques par exemple l'épilepsie, les accidents cérébrovasculaires. Trouble du cerveau ou de la moelle épinière, maux de tête, la migraine, la paralysie, la méningite						
12.	Les troubles psychologiques par exemple l'alcoolisme ou dépendance aux drogues, les troubles de l'anxiété, l'insomnie, la dépression, le stress, trouble déficitaire de l'attention, le stress post-traumatique, une tentative de suicide						
13.	Troubles de la respiration par exemple l'asthme, la rhinite, bronchite chronique, troubles liés à la consommation de cigarettes, la tuberculose, toux persistante, les allergies, la maladie pulmonaire obstruction chronique, l'essoufflement						
14.	Affections de la peau par exemple l'eczéma, le mélanome, le cancer de la peau, des brûlures, des cicatrices, chéloïdes, les verrues						
15.	Mentionnez si vous ou un de vos ayants droit vous/s'est fait soigné ou avez/ a reçu un traitement pour une maladie tropicale comme la lèpre, la maladie du sommeil, éléphantiasis, bilharziose, la fièvre jaune						
16.	Avez-vous ou un de vos ayants droit vous /s'est fait soigné pour ou avez/ a reçu un traitement pour les maladies sexuellement transmissibles ex : la blennorragie, la syphilis, herpès, Chlamydia						
17.	Mentionnez si vous ou un de vos ayants droit vous/ s'est fait soigné ou avez/a reçu un traitement relatif au VIH ou les infections liées au Sida ou les infections testées positives pour le VIH ou SIDA?						
18.	Avez-vous ou un de vos ayants droits eu des troubles héréditaires, de malformations congénitales ou des troubles congénitaux						
19.	Avez-vous ou un de vos ayants droit dispose d'un régime de traitement dentaire incomplet, les implants dentaires, orthodontie, prothèses dentaires, et problèmes des dents de sagesse ou avez-vous ou un de vos ayants droit reçoit actuellement, ou envisage recevoir des soins dentaires au cours des 12 prochains mois?						
20.	Enquêtes et / ou un traitement spécialisé: à et hors l'hôpital a) Êtes-vous ou un de vos ayants droit actuellement en cours ou s'attend à subir des enquêtes pour toute condition médicale et /ou les symptômes ne sont pas encore diagnostiqués? b) Êtes-vous ou un de vos ayants droit reçoit actuellement, ou s'attend à recevoir un traitement spécialisé (c.-à-chimiothérapie, radiothérapie, greffe de la moelle osseuse, de la ventilation mécanique, oxygénothérapie, dialyse, la psychothérapie ou de counseling?						
21a.	Êtes-vous ou un de vos ayants droit sous traitement (mentionnez le dans le tableau en bas)						
21b.	Vous ou un de vos ayants droit attendez –vous à une médication chronique pour être prescrit au cours des 12 prochains mois ?						

Si vous avez répondu par oui (au numéro 21 a & b), donnez les détails ci-après.

Demandeur	Médicaments prescrits	Diagnostic	Date du début du traitement

Si vous répondez par oui à l'une des questions ci-haut mentionnées, donnez tous les détails ci-après

Question N°	Demandeur	Date	Diagnostic	Traitement	Médecin Traitant	Adresse physique/Numéro de Téléphone

Si l'espace n'est pas suffisant, joignez une page de renseignements complémentaires

6. CHIRURGIE ET HOSPITALISATIONS

Fournissez les détails de toutes les procédures chirurgicales et toutes les hospitalisations que vous ou un de vos ayants droits ont subi par le passé, et / ou les détails de tout acte chirurgical prévu et de toutes les hospitalisations que vous avez eues ou un de vos ayants droit s'attend à subir dans l'avenir?

Demandeur	Procédure de la chirurgie/ Hospitalisation	Date	Diagnostic

Si l'espace n'est pas suffisant, joignez une page de renseignements complémentaires

N.B Toute fausse déclaration ou non-divulgarion de renseignements ou d'informations rendront tous les avantages accordés par la couverture nuls et non avendus, en plus, tout paiement effectué en rapport à ces interventions devra être remboursé par le demandeur et ou ses ayants droits.

7. LES EXCLUSIONS GENERALES

1. Les dépenses encourues lors de la participation d'un membre

- a. A des opérations navales, aériennes ou militaires ;
- b. A des sports dangereux, y compris mais non limités aux sports d'hiver, sport nautiques, chasse, polo, course sur cheval, rugby, championnat de football, courses de moto ou d'automobile sur des machines de plus de 125 cc;
- c. A des sports équestres ou en tout type de courses
- d. Tout voyage par avion, sauf comme passager payant dans tout aéronef homologué pour le transport de passagers. La couverture n'est pas applicable pour un membre opérant, en apprentissage ou à un membre d'équipage de tout aéronef ou de tout appareil utilisé pour le parachutisme, la course, l'essai ou l'exploration.

2. Les dépenses directement ou indirectement résultants de:

- a. Guerre ("déclarée ou non"), émeute, grève et troubles civils;
- b. Blessure intentionnelle, suicide ou tentative de suicide (que ce soit sain d'esprit ou non), maladies vénériennes, acte criminel commis par un membre, intoxication, usage de médicaments non prescrits par un médecin ou blessure dans un état de démence, alcoolisme ou coûts résultant de la dépendance ou de l'abus de drogues ou d'autres substances provoquant une dépendance;
- c. Dépression nerveuse, faiblesse générale, psychonévrose ;
- d. Vaccination, ou tout traitement à titre préventif ;

- e. Traitement par les chiropracteurs, les acupuncteurs et les herboristes, les séjours et ou traitement dans les sanatoriums, cliniques de cures naturelles ou établissements similaires ou des lits privés enregistrés au sein d'une maison de retraite, maisons de convalescence.
- f. Grossesse, accouchement, soins de maternité, avortement, fausse couche, soins pré et post natals, césarienne sauf si applicable (souscrit) et moyennant 12 mois de période d'attente ;
- g. Planning familial et traitement de l'infertilité ex : les traitements liés à l'infertilité et l'impuissance, le déséquilibre hormonal, le traitement hormonal de substitution ;
- h. Soins cosmétiques ou soins de beauté et / ou une intervention chirurgicale;
- i. Massage ;
- j. Soins dentaires ou l'achat et la pose de prothèses, sauf en cas de blessure aux dents naturelles suite à un accident survenu au cours de la période d'assurance. Le remplacement des dents naturelles ou des prothèses dentaires sont exclues
- k. Traitement optique ou l'achat de lunettes, sauf pour les blessures aux yeux causées par un accident survenu au cours de la période d'assurance;
- l. Tests auditifs ou coût des prothèses auditives ;
- m. Toute blessure ou maladie considérée comme une exclusion et complication causée par une maladie qui est exclue ;
- n. Malformations et maladies congénitales, les maladies liées à des troubles génétiques ;
- o. Les maladies psychiatriques, les troubles mentaux et / ou frais de démence seront couverts jusqu'à la sous-limite moyennant une période d'attente de 12 mois ;
- p. Toute réclamation pour les frais encourus lorsque que le membre est hors du Burundi, mais cette restriction ne s'applique pas à un membre temporairement à l'étranger nécessitant un traitement d'urgence pour une maladie ou un accident qui survient pendant la période de voyage à condition que celle-ci n'excède pas six semaines par séjour. Les frais de déplacement et d'hébergement ne sont pas couverts.
- q. Toute réclamation pour les frais liés à un accident ou une maladie qui peut avoir eu lieu avant la date d'effet de la police ou d'une maladie survenant dans les soixante (60) jours à compter de cette date ou à une maladie dont le membre avait connaissance à cette date.
- r. Toute réclamation pour les frais occasionnés par ou via ou en conséquence, directement ou indirectement causés par des dégâts naturels ;
- s. Traitement de l'obésité et préparation amincissante
- t. Epidémies ou maladies inconnues
- u. Dépenses engagées dans le cadre d'examen à des fins de check-up (bilans de santé) et qui ne sont pas liés à un diagnostic de maladie, d'accidents corporels comme les examens de santé généraux, les scans de toute nature ou toute autre forme de maladie / prévention de la maladie.
- v. Traitement expérimental et des médicaments non reconnus scientifiquement ou non avérés médicalement efficaces.
- w. Coûts des traitements liés à la ménopause, l'andropause, le vieillissement, la puberté et le syndrome de tension prémenstruelle.
- x. * Dépenses associées avec le VIH/ SIDA et des conditions y liées (moyennant 12 mois de période d'attente)
- y. * Maladies préexistantes et chroniques (sujettes à douze mois de période d'attente et une déclaration complète sur l'application au commencement de la police)
- z. * Traitement du cancer (sujet à 12 mois de période d'attente) ;
- aa. * Traitement des hémorroïdes, des fibromes, de l' hernie, l'adénoïdectomie (moyennant 24 mois de période d'attente) ;
- bb. Transplantation d'organes (moyennant 12 mois de période d'attente) ;

- cc. Tout traitement résultant d'un accident ou d'un événement parce que le membre ou son ayant droit était sous l'influence de l'alcool ou de drogues sauf si prescrites et prises selon les instructions d'un médecin ;
 - dd. Frais médicaux résultant directement ou indirectement de ou en relation avec tout acte de terrorisme («déclaré ou non»), indépendamment de toute autre cause y contribuant en même temps
 - ee. Frais relatifs aux maladies / affections qui font l'objet de périodes d'attente lorsque le membre et les ayants droits ont adhéré à la couverture ;
- * À l'expiration de la période d'attente comme indiqué ci-haut, les membres devront s'inscrire et adhérer au programme de gestion des maladies chroniques au sein de Jubilee. Ces conditions doivent être déclarées au moment de la demande pour qu'un membre bénéficie et cette demande est soumise à l'acceptation écrite de Jubilee. Tout diagnostic récent doit être immédiatement notifié par écrit à Jubilee afin de solliciter son acceptation.*
3. Frais recouvrables en vertu de la Loi sur les indemnités d'accident de travail ou de la Sécurité Sociale relatifs aux soins de santé, y compris (INSS) ou toute autre couverture médicale.

8. DECLARATION

Général

1. Je, soussigné(e), le membre:
 - 1.1. Demande par la présente pour moi-même et les personnes à ma charge d'être inscrits à la couverture médicale de Jubilee Insurance Company S.A., et d'avoir lu, compris et accepté de se conformer aux conditions de la couverture.
 - 1.2. Garantis que le contenu de cette demande et tous les autres documents qui peuvent être nécessaires à son analyse sont vrais, exacts et complets, que ce soit consigné par écrit par moi-même ou par un intermédiaire en mon nom et, s'il devait y avoir un changement dans l'état de santé ou d'une maladie subie par moi-même ou l'une des personnes à ma charge à partir de la date de signature de la présente demande et la date d'acceptation du risque, notification d'un tel changement sera fourni à Jubilee par écrit avec détails de la maladie ou de l'affection.
 - 1.3. Comprends que la déclaration et les réponses fournies forment la base du contrat et toute violation ou la non divulgation de tout renseignement important sur l'évaluation de cette demande rendra le contrat auquel cette demande se rapporte comme nul et non avenue et toutes les primes versées seront confisquées;
 - 1.4. Comprends et accepte qu'aucun bénéfice ne sera payable par Jubilee à moins qu'elle ne soit convaincue de la validité de la réclamation et ait reçu tous les justificatifs y afférents y compris les résultats d'examen médicaux et tests qu'elle peut avoir besoin de moi ou de mes ayants droits.
 - 1.5. Consens que toute demande d'informations, de tests ou d'examen exigés par la couverture à un membre âgé de plus de 18 ans aura les mêmes conséquences juridiques que si la demande m'avait été adressée en ma qualité de membre.
 - 1.6. Reconnaiss et accepte que Jubilee se réserve le droit d'annuler l'adhésion si la prime n'est pas payée à la souscription, et
 - 1.7. M'engage à informer Jubilee dans les 30 jours si la situation change,

Autorisation

2. Acceptation de restreindre mon droit et ceux de mes ayants droits à la vie privée, mais, afin de faciliter l'évaluation des risques et la prise en charge de toute réclamation, j'autorise irrévocablement ;
 - 2.1. Jubilee d'obtenir de toute personne toute information qu'elle jugera nécessaire
 - 2.2. De plus, j'autorise et donne instruction à tout hôpital concerné de donner toute information me concernant et mes ayants droits aux *Care Managers* mandatés par Jubilee afin de s'assurer que les membres de la couverture médicale reçoivent les services médicaux adéquats tout en réduisant les soins inutiles.
 - 2.3. Je comprends et accepte que l'autorisation ci-dessus constitue ma renonciation partielle et celle de mes ayants droits à mon droit à la vie privée.

3. Je déclare que :

3.1. Mon(Mes) ayant(s) droit(s) réside(nt) avec moi.

3.2. Je suis responsable de sa (leur) prise en charge

3.3. Les ayants droits font partie de ma famille en ligne directe (doit avoir des liens de parenté)

3.4. Je m'engage à rembourser Jubilee de tout montant pour lequel les indemnités versées dépassent les limites couvertes

Signature du Membre..... Date.....

Signature du Conjoint(e)..... Date.....

RESERVE A JUBILEE INSURANCE COMPANY OF BURUNDI

10. PRISE D'EFFET DE LA POLICE

Date d'effet: Jour_____ Mois_____ Année_____

Toujours sous réserve de la section 8 du présent formulaire de demande d'adhésion, la date d'effet de cette police sera la date à laquelle cette demande est acceptée par écrit par Jubilee. Veuillez noter que la date de prise d'effet ne peut dépasser 30 jours à dater de la signature de ce formulaire.

En aucun cas, les polices ne seront antidatées.

Note. La couverture est conditionnée au paiement de la prime et à l'acceptation de votre demande qui vous est notifiée par écrit.