

# Police d'assurance UltraCare

## Formulaire d'adhésion individuelle



Pour toute question ou demande d'assistance sur ce formulaire, veuillez prendre contact avec votre conseiller ou avec nous. Vous trouverez nos coordonnées sur notre site : [www.aoc-insurancebroker.com](http://www.aoc-insurancebroker.com)

Veuillez remplir ce formulaire clairement et en LETTRES MAJUSCULES.

Si vous avez reçu un devis de notre part, veuillez inscrire son numéro ici.

Vous devez nous communiquer la totalité des faits importants avant que nous puissions accepter votre demande ou reconduire votre police d'assurance. Si le titulaire de la police d'assurance ne nous informe pas de la totalité des faits importants ou s'il représente faussement tous faits importants, cela peut avoir une incidence sur vos droits visés à la police d'assurance. Est un fait important, tout renseignement à même de nous influencer dans notre évaluation ou acceptation de l'assurance. En cas de quelque doute que ce soit sur l'importance d'un fait ou non, aux fins de votre propre protection, le titulaire de la police d'assurance doit nous contacter.

Si les informations que vous nous transmettez dans ce formulaire sont différentes de celles communiquées à l'élaboration du devis, votre prime pourrait être différente.

### A Vos coordonnées (le titulaire de la police d'assurance)

Titre : <input type="checkbox"/> M. <input type="checkbox"/> Mme <input type="checkbox"/> Mlle.	Autre :	
Nom de famille :	Prénoms :	
Pays dans lequel vous résidez <sup>1</sup> :	Depuis combien de temps vivez-vous ici ?	
Pays d'origine :	Nationalité inscrite sur le passeport :	
Profession <sup>2</sup> :	Date de naissance (jj/mm/aaaa) :	Sexe : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F

<sup>1</sup> Le montant de la taxe d'assurance à payer dépend du pays dans lequel vous résidez. Veuillez contacter votre conseiller ou nous-mêmes si vous avez un doute quant à votre prime. Vérifiez que votre police d'assurance est conforme aux exigences du pays dans lequel vous résidez.

<sup>2</sup> Pour certains métiers, la prime d'assurance est majorée. Veuillez nous contacter pour plus d'informations.

Votre adresse <sup>3</sup>

<sup>3</sup> Nous ferons parvenir tout le courrier à cette adresse, à moins qu'une adresse de correspondance différente soit indiquée ci-dessous.

Vous devez nous communiquer immédiatement tout changement dans vos coordonnées ou votre situation personnelle. Un changement de circonstances est susceptible d'affecter votre couverture.

Adresse :	
Ville :	Localité :
Code postal :	Pays :
Téléphone :	Fax :
Courriel :	

Adresse de correspondance – si elle est différente de celle mentionnée ci-dessus

Adresse :	
Ville :	Localité :
Code postal :	Pays :
Téléphone :	Fax :
Courriel :	

### B Personnes à charge à couvrir

Première personne à charge

Titre : <input type="checkbox"/> M. <input type="checkbox"/> Mme <input type="checkbox"/> Mlle. <input type="checkbox"/> Ms	Autre	
Nom de famille :	Prénoms :	
Date de naissance (jj/mm/aaaa) :	Sexe : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
Pays dans lequel elle réside <sup>1</sup> :	Nationalité inscrite sur le passeport :	
Profession <sup>2</sup> :	Lien parenté avec vous :	

## B Personnes à charge à couvrir (suite)

### Seconde personne à charge

Titre : <input type="checkbox"/> M. <input type="checkbox"/> Mme <input type="checkbox"/> Mlle. <input type="checkbox"/> Ms	Autre :
Nom de famille :	Prénoms :
Date de naissance (jj/mm/aaaa) :	Sexe : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Pays dans lequel elle réside <sup>1</sup> :	Nationalité inscrite sur le passeport :
Profession <sup>2</sup> :	Lien de parenté avec vous :

### Troisième personne à charge

Titre : <input type="checkbox"/> M. <input type="checkbox"/> Mme <input type="checkbox"/> Mlle. <input type="checkbox"/> Ms	Autre :
Nom de famille :	Prénoms :
Date de naissance (jj/mm/aaaa) :	Sexe : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Pays dans lequel elle réside <sup>1</sup> :	Nationalité inscrite sur le passeport :
Profession <sup>2</sup> :	Lien de parenté avec vous :

### Quatrième personne à charge

Titre : <input type="checkbox"/> M. <input type="checkbox"/> Mme <input type="checkbox"/> Mlle. <input type="checkbox"/> Ms	Autre :
Nom de famille :	Prénoms :
Date de naissance (jj/mm/aaaa) :	Sexe : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Pays dans lequel elle réside <sup>1</sup> :	Nationalité inscrite sur le passeport :
Profession <sup>2</sup> :	Lien de parenté avec vous :

Si vous avez plus de personnes à charge à couvrir, veuillez nous communiquer tous les détails pertinents sur une feuille de papier séparée et nous la faire parvenir avec cette demande.

## C Date de début de couverture

Votre couverture débute à la date de confirmation écrite de notre part de votre demande d'adhésion. Si vous souhaitez débiter ultérieurement votre couverture, faites-le nous savoir ci-dessous. Cette date ne pourra pas être postérieure de 30 jours à la date inscrite sur ce formulaire.

En aucun cas, nous ne pourrions antidater la couverture.

Date de début de couverture souhaitée (jj/mm/aaaa) :
--

## D Vos options de couverture

### Degré de couverture et type de police d'assurance

Veuillez nous indiquer le type de régime UltraCare dont vous avez besoin. Lisez attentivement le sommaire de la police ainsi que les prestations répertoriées dans le tableau avant de faire votre choix. Vous devez vous assurer que le régime répond bien à vos besoins. Veuillez nous contacter si vous souhaitez une copie de ces documents.

Elite ■	Plus ■	Comprehensive ■	Select ■	Standard ■
Toutes les prestations du régime Plus avec des limites plus élevées en matière de médecine complémentaire et de traitement contre le cancer. Inclut un examen dentaire une fois par année civile de couverture.	Toutes les prestations du régime Comprehensive mais avec des plafonds plus élevés.	Toutes les prestations du régime Select mais avec des plafonds plus élevés et des prestations dentaires et de bonne santé.	Traitement complet en soins de jour ou en milieu hospitalier (à l'exception des traitements psychiatriques) avec couverture limitée pour les traitements ambulatoires. Évacuation incluse.	Traitement complet en soins de jour ou en milieu hospitalier (à l'exception des traitements psychiatriques), y compris l'évacuation sanitaire.

### Zone de couverture

Choisissez une zone de couverture parmi les descriptions ci-dessous, en fonction du pays dans lequel vous résidez et votre pays d'origine (si vous choisissez l'option d'être rapatrié(e) dans votre pays d'origine pour y être soigné(e)). Veuillez consulter la section traitant de l'éligibilité dans le guide des assurances pour prendre connaissance des restrictions qui concernent les citoyens américains. Vous-même et les personnes à votre charge doivent disposer d'une zone de couverture similaire.

#### Régime UltraCare Elite uniquement

- Zone 2** International, États-Unis non-inclus  
 **Zone 3** International

#### UltraCare Plus, Comprehensive, Select et Standard internationaux uniquement

- Zone 1** Europe  
 **Zone 2** International, États-Unis non-inclus  
 **Zone 3** International

## D Vos options de couverture (suite)

### Options de franchise

Si vous souhaitez une franchise différente de celle indiquée en standard, cliquez dans la case appropriée ci-dessous.

Options de franchise	Elite	Plus	Comprehensive	Select	Standard
Aucune franchise	Standard	<input type="checkbox"/> Augmentation de la prime de 10 %	<input type="checkbox"/> Augmentation de la prime de 10 %	<input type="checkbox"/> Augmentation de la prime de 10 %	N/A
£25, \$42,50 ou €37,50	N/A	Standard	Standard	Standard	Standard
£50, \$85 ou €75	N/A	<input type="checkbox"/> Réduction de prime de 5 %	<input type="checkbox"/> Réduction de prime de 5 %	<input type="checkbox"/> Réduction de prime de 5 %	N/A
£100, \$170 ou €150	N/A	<input type="checkbox"/> Réduction de prime de 10 %	<input type="checkbox"/> Réduction de prime de 10 %	<input type="checkbox"/> Réduction de prime de 10 %	N/A
£250, \$425 ou €375	N/A	<input type="checkbox"/> Réduction de prime de 15 %	<input type="checkbox"/> Réduction de prime de 15 %	<input type="checkbox"/> Réduction de prime de 15 %	N/A
£500, \$850 ou €750	N/A	<input type="checkbox"/> Réduction de prime de 20 %	<input type="checkbox"/> Réduction de prime de 20 %	<input type="checkbox"/> Réduction de prime de 20 %	<input type="checkbox"/> Réduction de prime de 10 %
£1 000, \$1 700 ou €1 500	N/A	<input type="checkbox"/> Réduction de prime de 25 %	<input type="checkbox"/> Réduction de prime de 25 %	<input type="checkbox"/> Réduction de prime de 25 %	<input type="checkbox"/> Réduction de prime de 20 %
£2 500, \$4 250 ou €3 750	N/A	<input type="checkbox"/> Réduction de prime de 30 %	<input type="checkbox"/> Réduction de prime de 30 %	<input type="checkbox"/> Réduction de prime de 30 %	<input type="checkbox"/> Réduction de prime de 30 %
£5 000, \$8 500 ou €7 500	N/A	<input type="checkbox"/> Réduction de prime de 40 %	<input type="checkbox"/> Réduction de prime de 40 %	<input type="checkbox"/> Réduction de prime de 40 %	<input type="checkbox"/> Réduction de prime de 40 %

### Régime UltraCare Elite uniquement

Vous n'avez pas à payer de franchise pour ce régime. Il n'est pas possible de choisir volontairement une franchise.

### Régimes UltraCare Plus, Comprehensive et Select uniquement

Vous devez payer une franchise standard de £25, \$42,50 ou €37,50 pour chaque pathologie et chaque année civile de couverture et pour toutes les demandes de remboursement de traitements médicaux ambulatoires, y compris celles traitant des traitements contre le cancer, des maladies chroniques, du VIH ou du SIDA.

Si vous choisissez volontairement une franchise, elle s'appliquera à chaque pathologie déclarée au cours d'une année civile de couverture et à chaque traitement diffusé à l'hôpital ou en ambulatoire, y compris les traitements hospitaliers et ambulatoires contre le cancer, les maladies chroniques, le VIH ou le SIDA, les greffes d'organes et les soins médicaux d'urgence administrés hors de votre zone de couverture.

### Régime UltraCare Standard uniquement

Vous devez payer une franchise standard de £25, \$42,50 ou €37,50 pour chaque pathologie et chaque année civile de couverture et pour toutes les demandes de remboursement des traitements médicaux ambulatoires, y compris celles traitant des traitements contre le cancer, des maladies chroniques, du VIH ou du SIDA.

Si vous choisissez volontairement une franchise, elle s'appliquera à chaque pathologie déclarée au cours de chaque année civile de couverture et à chaque traitement diffusé à l'hôpital ou en ambulatoire, y compris les traitements hospitaliers et ambulatoires contre le cancer, les maladies chroniques et les greffes d'organes.

### Coassurance (franchises)

#### Régimes UltraCare Plus et Comprehensive uniquement

Vous devez payer une franchise de 25 % sur tous les frais de traitements dentaires ambulatoires. Le montant total que nous vous verserons, suite à la réception d'une demande de remboursement admissible d'un traitement dentaire ambulatoire, ne dépassera pas les 75 % de la limite mentionnée dans le tableau des prestations. Vous ne pouvez pas supprimer cette coassurance.

## E Assurances et prestations complémentaires facultatives

Souhaitez-vous ajouter une des prestations suivantes ?

**Régime complémentaire Voyages**  Oui  Non

Si tel est le cas, indiquez-nous le type d'assurance choisi  Célibataire  Couple  Famille  Famille monoparentale

**Régime complémentaire Maternité**  Oui  Non

Si tel est le cas, indiquez-nous le degré de coassurance choisi pour chaque personne  Aucune coassurance  10 %  20 %

Le régime complémentaire Maternité facultatif est réservé aux femmes uniquement. L'âge minimum d'entrée est de 18 ans. L'âge maximum est de 44 ans. La couverture ne sera effective que pour les traitements reçus 12 mois après la date de début de ce régime complémentaire facultatif.

**Régime complémentaire Accident personnel**  Oui  Non

Si tel est le cas, veuillez encercler le nombre d'unités d'accidents personnels choisi pour chaque personne, tel que définit dans le tableau des prestations de ce régime complémentaire Accident facultatif.

Titulaire principal de la police d'assurance :	1	2	3	4	5	Personne à charge 1:	1	2	3	4	5	Personne à charge 2:	1	2	3	4	5
						Personne à charge 3:	1	2	3	4	5	Personne à charge 4:	1	2	3	4	5

## E Assurances et prestations complémentaires facultatives (suite)

Si vous avez plus de personnes à charge à couvrir, veuillez nous communiquer tous les détails pertinents sur une feuille de papier séparée et nous la faire parvenir avec cette demande.

Le régime complémentaire Accident personnel facultatif ne couvre pas les sinistres causés par votre participation à des occupations manuelles ou dangereuses, à des sports, poursuites ou activités dangereux, y compris mais sans s'y limiter, l'alpinisme, l'escalade, la spéléologie, les sports d'hiver, le canyoning, les courses de tout genre, sauf la course à pied, la plongée sous-marine, le parachutisme, à des sports professionnels comme conducteur ou passager d'une motocyclette, d'un scooter ou d'une mobylette. Si vous-même ou une des personnes à votre charge répertoriée dans ce formulaire d'adhésion participe à l'une des activités mentionnées ci-dessus, veuillez nous communiquer toutes les informations pertinentes à ce sujet, sur une feuille séparée et nous la faire parvenir avec ce formulaire. Si nous acceptons de vous couvrir, il est possible qu'une prime supplémentaire soit appliquée.

## F Règlement de la prime

Pour bénéficier de toutes les prestations de la police d'assurance, vous devez veiller à ce que les primes soient payées à la date ou avant la date convenue. Vous devez nous indiquer tout changement quant aux modalités de paiement afin de garantir le paiement ponctuel de chaque prime due.

Vous trouverez tous les détails et informations traitant des impayés ou des paiements en retard dans le guide des assurances. En cas de non-paiement des primes d'assurance, nous suspendrons toutes les demandes de remboursement jusqu'à ce que toutes les primes dues aient été versées.

### Devise

Dans quelle devise souhaitez-vous payer vos primes ?

Livres sterling (£)     Dollars américains (\$)     Euros (€)

La devise appliquée au plafond des prestations dépend de la monnaie dans laquelle vos primes sont versées.

### Options de paiement

Veuillez choisir la cadence de paiement de vos primes. En raison des frais administratifs, le total des primes versées mensuellement ou trimestriellement sera plus élevé que si vous payez annuellement (d'environ 12 % si vous payez chaque mois et de 7,5 % si vous payez tous les trois mois).

	Chèque ou traite officielle	Transfert bancaire	Carte de crédit	Prélèvement automatique
Annuel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trimestriel	N/A	N/A	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mensuel	N/A	N/A	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Assurances et prestations complémentaires facultatives

Si vous avez choisi le régime complémentaire Maternité facultatif, veuillez nous communiquer à quelle cadence vous souhaitez verser les primes qui lui sont associées. En raison des frais administratifs, le total des primes versées mensuellement ou trimestriellement sera plus élevé que si vous les payez annuellement (d'environ 12 % si vous payez chaque mois et de 7,5 % si vous payez tous les trois mois).

Annuel        Similaire au régime UltraCare (pour les paiements mensuels et trimestriels)

Les primes pour les régimes d'assurance Voyage et Accident personnel ne peuvent être payées que sur une base annuelle.

## Modalités de paiement

### Chèque ou traite officielle

Les traites officielles et les chèques seront émis dans la devise de votre police d'assurance et payables à « InterGlobal ». Veuillez à ce que votre nom complet ainsi que le numéro de devis ou de police soient clairement inscrits au dos du chèque ou de la traite, si celui-ci ou celle-ci devait être séparé(e) du formulaire.

### Transferts bancaires

Les transferts bancaires seront également effectués dans la devise de votre police d'assurance. N'oubliez pas d'indiquer en référence votre nom complet et le numéro du devis ou de la police d'assurance lors de votre transfert bancaire. Veuillez transmettre correctement à votre banque les informations suivantes :

Compte en livres sterling (£)	US Dollar (\$) Account	Euro (€) Account
Banque : HSBC Bank plc Adresse : 8 Canada Square London E14 5HQ United Kingdom	Banque : HSBC Bank plc Adresse : 8 Canada Square London E14 5HQ United Kingdom	Banque : HSBC Bank plc Adresse : 8 Canada Square London E14 5HQ United Kingdom
No de compte : 41611593 Code guichet : 40-21-05 Code Swift : MIDLGB2112U No IBAN : GB84 MIDL 402105 41611593	No de compte : 67348768 Code guichet : 40-05-15 Code Swift : MIDL GB22 No IBAN : GB68 MIDL 4005156 7348768	No de compte : 67348776 Code guichet : 40-05-15 Code Swift : MIDL GB22 No IBAN : GB46 MIDL 400515 67348776

### Carte de crédit

Nous acceptons les paiements par carte de crédit Visa, MasterCard ou American Express. Veuillez nous contacter pour acceptation de tout autre type de carte de crédit.

Veuillez compléter le formulaire de mandat de carte de crédit joint à ce formulaire d'adhésion. Vérifiez que votre carte de crédit reste valide au moins pendant trois mois suivant la date de début de votre régime d'assurance.

### Prélèvement automatique

Nous ne pouvons accepter que les prélèvements directs effectués à partir d'un compte bancaire britannique et qui concernent les contrats d'assurance en livres sterling (£). Veuillez compléter le formulaire de prélèvement direct joint à ce formulaire d'adhésion.

## I Déclaration

Je souhaite bénéficier de la couverture visée dans le ou les régime(s) Ultracare et choisie en concertation avec les personnes à charge répertoriées dans ce formulaire d'adhésion. Pour autant que je le sache, les informations figurant dans ce formulaire d'adhésion sont véridiques et complètes. J'ai lu, compris et accepte, ainsi que toutes les personnes à ma charge éligibles incluses dans ce formulaire d'adhésion ou toute personne à ma charge susceptible d'être inscrite après la date de début de couverture, de respecter les termes et conditions figurant dans ce guide. Cette déclaration, ainsi que les informations qui figurent dans ce formulaire d'adhésion constituent la base du contrat passé entre moi-même, les personnes à ma charge et la compagnie d'assurance. Après avoir lu tous les termes et conditions, ainsi que tous les documents fournis, je déclare que le produit choisi répond à mes besoins actuels.

J'autorise le docteur nommé en section G ou tout autre établissement médical, y compris n'importe quel autre professionnel de santé m'ayant traité ou ayant traité une des personnes à ma charge incluse sous les termes de cette police, à vous fournir toutes les informations nécessaires liées à une demande de renseignements faite en vertu de ce contrat.

J'ai compris que si je ne fournis pas les informations exigées se rapportant à la section H et I, et que si moi-même ou une des personnes à ma charge éligible sous les termes de cette police fait une demande de remboursement d'un traitement que vous considérez comme ayant trait à une pathologie préexistante ou associé à cette dernière, elle pourrait être rejetée.

Je confirme et accepte que vous utilisiez ou divulguiez toutes les informations transmises par mes soins ou en votre possession me concernant ou concernant une des personnes à ma charge dans les cas suivants :

- Pour évaluer cette demande d'adhésion, offrir une couverture d'assurance, un service à la clientèle et traiter les demandes de remboursement ;
- Pour traiter et gérer le paiement des primes ; et
- pour rester conforme avec toutes les exigences juridiques et réglementaires.

J'ai compris que mes données peuvent être traitées par des organisations internes et externes à l'EEA. Toutefois, si tel est le cas, vous garantissez que l'organisation prendra toutes les mesures adéquates pour garantir une conformité avec les lois traitant de la protection et de la confidentialité des données. Je confirme vous donner l'autorisation (en mon nom et au nom de toutes les personnes à ma charge qui figurent dans ce formulaire) de traiter nos informations personnelles. Je confirme avoir donné aux personnes à ma charge tous les détails répertoriés dans cette notice traitant de la protection des données.

Vous pourriez de temps à autre recevoir des informations commerciales sur InterGlobal, nos produits et services, ainsi que sur ceux de nos sociétés connexes. Si vous ne souhaitez pas que nous utilisions de cette manière vos informations, veuillez sélectionner cette case

(Pour votre propre sécurité et protection, il est conseillé de lire attentivement les termes et conditions qui figurent dans le guide des assurances avant de signer cette déclaration. Si vous ne comprenez pas un des points cités, exigez plus d'informations.)

Signature :

Date (jj/mm/aaaa) :

Nous conditions générales complètes ainsi que notre politique de confidentialité détaillée sont disponibles sur : [www.interglobalpmi.com](http://www.interglobalpmi.com)

## J Où avez-vous entendu parler d'InterGlobal ?

- |                                |                          |  |
|--------------------------------|--------------------------|--|
| Courtier ou conseiller         | <input type="checkbox"/> | Veillez indiquer son nom _____           |
| Moteur de recherche            | <input type="checkbox"/> | Veillez indiquer son nom _____           |
| Publicité en ligne ou site Web | <input type="checkbox"/> | Veillez indiquer lequel (laquelle) _____ |
| Publicité dans un magazine     | <input type="checkbox"/> | Veillez indiquer son nom _____           |
| Exposition                     | <input type="checkbox"/> | Veillez indiquer son nom _____           |
| Autre                          | <input type="checkbox"/> | Veillez nous indiquer où _____           |

Coordonnées du courtier ou du conseiller :



AOC Insurance Broker (1 297) - 60 Rue de Strasbourg - 92400 Courbevoie - FRANCE  
 Website : [www.aoc-insurancebroker.com](http://www.aoc-insurancebroker.com) ; Blog Expat : [www.aoc-insurance-broker.com](http://www.aoc-insurance-broker.com)  
 Adresser votre application (scan+ email) a [contact@aoc-insurancebroker.com](mailto:contact@aoc-insurancebroker.com)

## G Coordonnées du médecin ou du praticien médical

Veillez nous indiquer les coordonnées de votre médecin de famille ou du praticien médical qui a traité en dernier vous et votre famille ces deux dernières années. Si vous ne fournissez pas ces informations, le traitement de votre demande de remboursement pourrait être retardé ou cette dernière rejetée.

Nom :	Nom :
Hôpital, clinique ou institution médicale :	Hôpital, clinique ou institution médicale :
Téléphone :	Téléphone :
Fax :	Fax :
Courriel :	Courriel :
Adresse :	Adresse :
Code postal :	Code postal :

## H Pathologies préexistantes

Veillez lire attentivement le paragraphe BE1 qui traite des exclusions de prestation avant de souscrire à ce régime d'assurance. Vous le trouverez dans le guide des assurances et dans la section ci-dessous.

Vous devez signer cette section pour confirmer que vous avez compris et que vous acceptez notre moratoire de 24 mois. Nous ne traiterons pas votre souscription avant que vous ayez signé cette section ainsi que le paragraphe de déclaration qui figure dans ce formulaire d'adhésion.

Si vous avez le sentiment que ce régime ne répond pas à vos besoins, vous pouvez l'annuler. Vous devez nous l'indiquer par lettre, fax ou courriel et retourner toutes les cartes d'adhésion ainsi que tous les certificats d'assurance dans les 30 jours suivant la date d'adhésion ou de réception des documents d'assurance, la date la plus tardive faisant foi. Il est important que vous lisiez, compreniez et acceptiez tous les paragraphes de la déclaration suivante incluse dans votre régime d'assurance Ultracare.

Elle s'applique à vous et à toute autre personne à votre charge incluse dans le formulaire d'adhésion.

Le moratoire de 24 mois constitue la période d'attente de 24 mois suivant la date de votre adhésion, ou la date qui figure dans la section spéciale dédiée aux conditions générales de votre certificat d'assurance, qui doit s'être écoulée avant que les demandes de remboursement concernant une pathologie préexistante puissent être éligibles sous les termes du contrat d'assurance. Veuillez lire le paragraphe BE1 relatif aux exclusions de prestations dans le guide de votre régime d'assurance. Le moratoire s'applique également aux régimes complémentaires facultatifs.

Une pathologie préexistante ou maladie associée qui, dans la période de 24 mois, précédant la date d'adhésion, ou la date précisée dans l'article des conditions spéciales de votre certificat d'assurance, doit présenter une ou plusieurs des caractéristiques suivantes :

- avoir été prévisible ;
- s'être manifestée clairement ;
- vous en montriez des signes ou des symptômes ;
- vous posiez des questions à ce sujet ;
- vous avez été traité(e) ;
- vous saviez que vous en souffriez.

Les maladies préexistantes ou les problèmes de santé y associés peuvent être couverts après avoir bénéficié d'une couverture continue de 24 mois sous les termes de ce régime d'assurance et, si durant ce temps, vous n'avez :

- ressenti aucun symptôme ;
- pas demandé conseil à ce sujet ;
- pas eu besoin de traitements, médicaments ou suivi un régime spécial ; ou
- pas reçu de traitements, médicaments ou suivi un régime spécial.

Si vous avez :

- ressenti des symptômes ;
- demandé conseil à ce sujet ;
- eu besoin de traitements, médicaments ou de suivre un régime spécial ; ou
- reçu un traitement, des médicaments ou suivi un régime spécial

vous devrez patienter jusqu'à la fin d'une période consécutive de 24 mois sans apparition d'une de ces conditions. Les pathologies préexistantes ou les problèmes de santé y associés pourront alors être couvertes. Il s'agit de la période continue de moratoire.

**Je confirme avoir lu, compris et accepter cette clause moratoire sur les maladies préexistantes et qu'elle s'applique à toute personne à ma charge incluse dans le formulaire d'adhésion.**

Signature :

Date (jj/mm/aaaa) :

## Mandat de carte de crédit

## À InterGlobal

Veuillez remplir ce formulaire en LETTRES MAJUSCULES.

Numéro de devis :

Nom (*figurant sur la carte*) :

L'adresse de facturation de ma carte est la suivante :

Code postal :

Veuillez cocher la case pertinente :

 MasterCard  Visa  American Express

Le numéro de ma carte est le suivant :

Date d'émission :

Date d'expiration :

Code de sécurité de la carte :

Pour votre sécurité et pour faciliter le traitement de votre paiement, nous vous prions de bien vouloir entrer le numéro de vérification de votre carte (code de sécurité de la carte). Pour les détenteurs d'une carte Visa ou MasterCard, le numéro de vérification correspond aux trois derniers chiffres du numéro inscrit sur la bande de signature au verso de votre carte.

Pour les détenteurs d'une carte American Express, le code de sécurité correspond aux quatre chiffres inscrits au recto de votre carte. Il figure au-dessus et à droite du numéro de votre carte de crédit.

Les informations relatives à votre carte de crédit seront maintenues et traitées en stricte conformité avec les règlements et directives sur la sécurité des données auxquels nous adhérons. Une fois que les paiements auront été initiés, nous détruirons ce numéro.

Veuillez charger la carte susmentionnée (*veuillez cocher*) Annuellement  Trimestriellement  Mensuellement Livres sterlings (£)  Dollars américains (\$)  Euros (€)

Par la présente, j'autorise InterGlobal à prélever sur ma carte de crédit la prime en cours, ainsi que toutes les primes ultérieures exigibles, tel qu'indiqué par InterGlobal, et ce jusqu'à ce que j'exprime le souhait par écrit d'annuler cette police d'assurance. J'ai compris que InterGlobal me fera parvenir un préavis au moins 4 semaines avant le renouvellement de la police et que les primes sont susceptibles de varier d'une année à l'autre. Je comprends que InterGlobal ne peut être tenu pour responsable de l'annulation de ma police si ma carte de crédit est refusée et que je n'ai pas fourni une modalité de paiement alternatif ou n'ai pas répondu à une telle demande.

Signature(s) du titulaire(s) de la carte de crédit :

Date (jj/mm/aaaa) :

## Instructions à votre banque ou à votre institution d'épargne de régler les primes par prélèvement automatique



Veillez remplir ce formulaire en LETTRES MAJUSCULES et l'envoyer à :

InterGlobal  
Woolmead House East  
The Woolmead  
Farnham  
Surrey GU9 7TT

Identification du donneur d'ordre :

2 4 2 5 8 4

Numéro de devis :											
Nom des détenteurs du compte :											
Numéro de compte bancaire ou de l'institution d'épargne : <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"/> <input type="text"/>											
Code guichet :						<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>					
Nom et adresse complète de votre banque ou de votre institution d'épargne :											
Au : Directeur						Banque ou institution d'épargne					
Adresse :											
						Code postal :					
Numéro de référence (pour une utilisation par InterGlobal uniquement)											

## Instructions à votre banque/institution d'épargne

Veillez prélever directement du compte, détaillé dans la présente et sujet aux contrôles assurés par la garantie sur le débit direct, le montant dû à InterGlobal.

J'ai compris que ces instructions resteront en possession d'InterGlobal et de ce fait, qu'elles seront transmises électroniquement à ma banque ou à mon institution d'épargne.

Signature :		Date (jj/mm/aaaa) :	
-------------	--	---------------------	--

Les banques et institutions d'épargne pourraient ne pas accepter les instructions de prélèvement direct pour certains types de comptes.

Nous proposons le prélèvement direct, en tant qu'alternative de paiement, à tous les titulaires de police qui ont souscrit à un régime d'assurance en livres sterling (£) et qui bénéficient actuellement d'un compte bancaire ou d'un compte auprès d'une institution d'épargne britannique. Si vous souhaitez bénéficier de cette modalité de paiement, veuillez compléter le formulaire suivant.

**Vous devez nous faire parvenir l'original de ce formulaire afin que les primes dues puissent être directement prélevées de votre compte, car les banques n'acceptent pas les copies.**

## La garantie sur le débit direct



Ce document de garantie doit être détaché du formulaire et conservé par le payeur.

- Cette garantie est offerte par toutes les banques et tous les instituts d'épargne qui adhèrent au système de prélèvement automatique. L'efficacité et la sécurité de ce système sont vérifiées et celui-ci est protégé par votre propre banque ou institution d'épargne.
- Si les montants à payer ou les dates de paiement venaient à changer, InterGlobal vous le fera savoir 10 jours ouvrables avant que votre compte soit débité ou comme convenu.
- Si InterGlobal, votre banque ou votre institution de crédit fait une erreur, il est garanti que le montant payé sera immédiatement remboursé par votre agence.
- Vous pouvez à tout moment annuler un prélèvement automatique par notification écrite à votre banque ou institution de crédit. Veuillez également nous transmettre une copie de votre lettre.