

# Contrat d'assurance UltraCare



## Formulaire d'adhésion individuelle –

## suite du transfert des exclusions médicales personnelles (CPME)

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)

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

Veuillez remplir ce formulaire clairement et en LETTRES MAJUSCULES.

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 pourra avoir une incidence sur vos droits visés dans 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 doute 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 avez transmises 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. <input type="checkbox"/> Ms		Autre	
Nom de famille :		Prénoms	
Pays dans lequel vous résidez <sup>1</sup> :		Depuis combien de temps vivez-vous ici ?	
Pays d'origine :		Nationalité 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 (suite)

### 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 de parenté avec vous :

### 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 d'adhésion.

## 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 pouvons 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 plafonds plus élevés 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 régimes d'assurance pour prendre connaissance des restrictions appliquées aux citoyens américains. Vous 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

#### Régimes UltraCare Plus, Comprehensive, Select et Standard 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)

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.

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.

## 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 venue. 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.



## H Questionnaire médical

Nous évaluons votre demande d'adhésion sur la base de vos réponses aux questions suivantes et aux informations qui figurent sur votre certificat d'assurance en cours. Votre certificat d'assurance doit indiquer les prestations fournies par votre compagnie d'assurance actuelle.

1. Ces deux dernières années, vous-même ou l'une des personnes à votre charge inscrite sur cette demande d'adhésion avez été : <ul style="list-style-type: none"> <li>• traité pour ;</li> <li>• diagnostiqué avec ;</li> <li>• informé souffrir de ; ou</li> <li>• conscient du fait que vous souffrez de ; une des conditions suivantes :</li> </ul>		
Maladie cardiaque ou accident cérébrovasculaire, y compris une crise cardiaque, angine de poitrine, thrombose coronaire, douleur thoracique, hypertension artérielle ou toute autre condition connexe	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Cancer ou tumeurs, y compris les excroissances, kystes ou moles, dont l'apparence aurait changé	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Problème articulaire susceptible d'entraîner le remplacement de l'articulation	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Maladie mentale, y compris la dépression, l'anxiété, le stress ou tout autre trouble psychiatrique ou psychologique	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
2. Ces 12 derniers mois, avez-vous ou l'une des personnes à votre charge inscrites sur ce formulaire d'adhésion a-t-elle eu des signes ou symptômes qui ont nécessité une consultation médicale ? Ou vous-même ou l'une des personnes à votre charge répertoriées dans ce formulaire d'adhésion attendez un examen, un traitement ou une investigation pour un problème médical actuel ou passé ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
3. Bénéficiez-vous ou l'une des personnes à votre charge inscrites dans ce formulaire d'adhésion reçoit-elle actuellement un traitement lié à un séjour planifié à l'hôpital ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
4. Êtes-vous enceinte ou l'une de personnes à votre charge inscrites dans ce formulaire est-elle enceinte ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>

Si vous répondez oui à l'une des questions susmentionnées, veuillez fournir des détails dans l'annexe A

## 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'inscription sont véridiques et complètes. J'ai lu, compris et accepte, ainsi que toutes les personnes à ma charge éligibles incluses dans ce formulaire d'inscription ou toute personne à ma charge susceptible d'être inscrites 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'inscription 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

Signature :

Date (jj/mm/aaaa) :

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

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



## 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 :						Code guichet :					
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.
- Si vous recevez un montant auquel vous n'avez pas droit, vous êtes tenu de le rembourser dès que InterGlobal vous le demandera.
- 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.