

Souscrite par Sirius International Insurance Corporation (publ) ("l'Assureur"). Gérée en tant qu'agent, pour le compte de l'Assureur, par International Medical Group, Inc. ("IMG"). Coordonnée, en tant qu'agent pour le compte de l'Assureur aux fins de recevoir les primes, de recevoir et de détenir les montants des demandes de remboursement; et de recevoir et de détenir les remboursements des primes, par IMG Europe. Ltd.

Cette traduction est simplement fournie pour votre commodité et ne peut engager aucune conséquence légale pour des mesures coercitives. Les détails complets de la police, des termes, des limitations et exclusions qui peuvent affecter les prestations éligibles sont procurés dans la version anglaise du Libellé de Police GlobalSelect, qui est disponible sur demande.

Veillez remplir ce formulaire en lettres majuscules et à l'encre noire. Pour toutes les sections, veuillez répondre à toutes les questions. Un formulaire incomplet retardera le traitement de votre demande.

SECTION 1. Vos coordonnées personnelles et de garantie A remplir pour tous les membres de la famille effectuant la demande d'adhésion.

1.1 Vos coordonnées

A. DEMANDEUR	Titre: Mr / Mme / Mlle / Dr		Prénom(s):				
	Nom de famille:						
	Date de naissance: JJ/MM/AA		<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme	Taille:		<input type="checkbox"/> cm <input type="checkbox"/> in	Poids: <input type="checkbox"/> Kg <input type="checkbox"/> lb
	Profession:						
	Nationalité sur le passeport:			Numéro de passeport:			

1.2 Coordonnées des membres de votre famille effectuant la demande de couverture

B. CONJOINT	Prénom(s):		Nom de famille:				
	Titre: Mr / Mme / Mlle / Dr						
	Date de naissance: JJ/MM/AA		<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme	Taille:		<input type="checkbox"/> cm <input type="checkbox"/> in	Poids: <input type="checkbox"/> Kg <input type="checkbox"/> lb
	Profession:						
Nationalité sur le passeport:			Numéro de passeport:				

C. Premier enfant (moins de 19 ans)	Prénom(s):		Nom de famille:				
	Date de naissance: JJ/MM/AA		<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme	Taille:		<input type="checkbox"/> cm <input type="checkbox"/> in	Poids: <input type="checkbox"/> Kg <input type="checkbox"/> lb
	Nationalité sur le passeport:			Numéro de passeport:			

D. Deuxième enfant (moins de 19 ans)	Prénom(s):		Nom de famille:				
	Date de naissance: JJ/MM/AA		<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme	Taille:		<input type="checkbox"/> cm <input type="checkbox"/> in	Poids: <input type="checkbox"/> Kg <input type="checkbox"/> lb
	Nationalité sur le passeport:			Numéro de passeport:			

E. Troisième enfant (moins de 19 ans)	Prénom(s):		Nom de famille:				
	Date de naissance: JJ/MM/AA		<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme	Taille:		<input type="checkbox"/> cm <input type="checkbox"/> in	Poids: <input type="checkbox"/> Kg <input type="checkbox"/> lb
	Nationalité sur le passeport:			Numéro de passeport:			

Cochez la case si vous avez d'autres personnes à charge et veuillez indiquer leurs coordonnées sur une feuille séparée.

1.3 Adresse résidentielle

Numéro et rue:
Ville:
Département:
Code postal:
Pays:

1.4 Adresse postale

(si différente de l'adresse à 1.3)

Numéro et rue:
Ville:
Département:
Code postal:
Pays:

1.5 Coordonnées

Téléphone principal: + (Pays) (Région) Numéro	Autre téléphone: + (Pays) (Région) Numéro
Fax: + (Pays) (Région) Numéro	Email:

1.6 Sélectionnez la Zone géographique de couverture souhaitée (Cochez une case)

<input type="checkbox"/> Zone 1 - Europe
<input type="checkbox"/> Zone 2 - Partout dans le monde sauf EU et Canada
<input type="checkbox"/> Zone 3 - Monde entier *

1.7 Sélectionnez la monnaie de votre Plan (Cochez une case)

<input type="checkbox"/> GB Pounds (£)
<input type="checkbox"/> US Dollars (\$)
<input type="checkbox"/> EU Euros (€)

La devise du Plan détermine également la devise de votre prime.

* Note importante: Citoyens américains et personnes effectuant une demande de couverture aux Etats-Unis

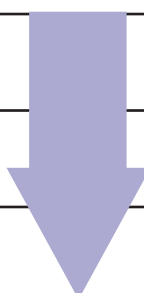


Citoyens américains:

1. Date à laquelle vous avez quitté (ou quitterez) les Etats-Unis: ____/____/____ (JJ/MM/AA)
2. Avez-vous pris les mesures nécessaires pour résider en dehors des Etats-Unis pendant au moins 180 jours consécutifs au cours des 12 prochains mois? Oui Non
3. Si vous ou un membre de votre famille effectuant une demande de couverture vous/se trouvez/trouve aux Etats-Unis à la date de cette demande, la date d'entrée en vigueur de cette assurance, si elle est émise, sera: a) la date d'entrée en vigueur demandée sur la demande; ou b) la date à laquelle la personne assurée quitte les Etats-Unis; ou c) la date à laquelle la demande est acceptée par IMG et le paiement de la première prime complète est reçu et la Police médicale internationale de GlobalSelect, y compris un certificat d'assurance, est émise, en fonction de l'événement qui surviendra en dernier.

Citoyens non américains effectuant une demande de garantie aux Etats-Unis ou se trouvant aux Etats-Unis à la date de la demande: Vous ne devez pas vous trouver (ni prendre de mesure pour vous trouver) aux Etats-Unis pendant plus de 24 mois consécutifs avant ou après la Date d'Entrée en Vigueur et vous devez conserver une résidence permanente en dehors des Etats-Unis. Vous devez fournir une adresse de résidence en dehors des Etats-Unis. **Si vous ne le faites pas**, un formulaire de Déclaration sous Serment d'Eligibilité doit être rempli par votre assureur-conseil/courtier d'assurance.

1.8 Sélectionnez le Sous-plan souhaité (Cochez une case seulement)

Les franchises médicales volontaires et les réductions et augmentations de primes ne s'appliquent qu'à la police médicale internationale de GlobalSelect et ne s'appliquent pas aux plans ajoutés ou aux sections non médicales de la garantie.

HeadStart	Basic	Standard	Executive
<input type="checkbox"/> £100/\$180/€150 Franchise médicale standard	<input type="checkbox"/> £100/\$180/€150 Franchise médicale standard	<input type="checkbox"/> £50/\$90/€75 Franchise médicale standard	<input type="checkbox"/> £25/\$45/€38 Franchise médicale standard
FRANCHISES MEDICALES VOLONTAIRES			
		<input type="checkbox"/> Franchise nulle 10% d'augmentation de prime	<input type="checkbox"/> Franchise nulle 10% d'augmentation de prime
			<input type="checkbox"/> Franchise £50/\$90/€75 5% de réduction de prime
		<input type="checkbox"/> Franchise £100/\$180/€150 10% de réduction de prime	<input type="checkbox"/> Franchise £100/\$180/€150 10% de réduction de prime
<input type="checkbox"/> Franchise £250/\$450/€375 20% de réduction de prime	<input type="checkbox"/> Franchise £250/\$450/€375 20% de réduction de prime	<input type="checkbox"/> Franchise £250/\$450/€375 20% de réduction de prime	<input type="checkbox"/> Franchise £250/\$450/€375 20% de réduction de prime
<input type="checkbox"/> Franchise £500/\$900/€750 25% de réduction de prime	<input type="checkbox"/> Franchise £500/\$900/€750 25% de réduction de prime	<input type="checkbox"/> Franchise £500/\$900/€750 25% de réduction de prime	<input type="checkbox"/> Franchise £500/\$900/€750 25% de réduction de prime
<input type="checkbox"/> Franchise £1,000/\$1,800/€1,500 30% de réduction de prime	<input type="checkbox"/> Franchise £1,000/\$1,800/€1,500 30% de réduction de prime	<input type="checkbox"/> Franchise £1,000/\$1,800/€1,500 30% de réduction de prime	<input type="checkbox"/> Franchise £1,000/\$1,800/€1,500 30% de réduction de prime
<input type="checkbox"/> Franchise £2,500/\$4,500/€3,750 35% de réduction de prime	<input type="checkbox"/> Franchise £2,500/\$4,500/€3,750 35% de réduction de prime	<input type="checkbox"/> Franchise £2,500/\$4,500/€3,750 35% de réduction de prime	<input type="checkbox"/> Franchise £2,500/\$4,500/€3,750 35% de réduction de prime
<input type="checkbox"/> Franchise £5,000/\$9,000/€7,500 40% de réduction de prime	<input type="checkbox"/> Franchise £5,000/\$9,000/€7,500 40% de réduction de prime	<input type="checkbox"/> Franchise £5,000/\$9,000/€7,500 40% de réduction de prime	<input type="checkbox"/> Franchise £5,000/\$9,000/€7,500 40% de réduction de prime
<input type="checkbox"/> Franchise £10,000/\$18,000/€15,000 45% de réduction de prime	<input type="checkbox"/> Franchise £10,000/\$18,000/€15,000 45% de réduction de prime	<input type="checkbox"/> Franchise £10,000/\$18,000/€15,000 45% de réduction de prime	<input type="checkbox"/> Franchise £10,000/\$18,000/€15,000 45% de réduction de prime

SECTION 2. Déclaration de santé

Déclaration de Santé		Si OUI, indiquez le MEMBRE DE LA FAMILLE au moyen des lettres de la Section 1.
Veuillez répondre à toutes les questions pour chaque demandeur effectuant une demande de couverture.		
1. Etes-vous ou un autre demandeur actuellement handicapé, enceinte ou incapable d'accomplir des activités normales?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
2. Etes-vous ou un autre demandeur actuellement hospitalisé ou en attente ou en besoin d'hospitalisation ou de chirurgie?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
3. Avez-vous ou un autre demandeur reçu dans le passé un résultat positif au test, ou été diagnostiqué ou reçu un traitement pour le Syndrome d'Immunodéficience Acquis (Sida) ou le Syndrome Apparenté au Sida (ARC), l'adénopathie, le Virus de l'Immunodéficience humaine (VIH) ou autres troubles du système immunitaire?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
4. Avez-vous ou un autre demandeur été dans le passé recommandé pour avoir, ou êtes-vous actuellement sur une liste d'attente pour une greffe d'organe (autre qu'une greffe de cornée)?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Si un demandeur a répondu OUI à l'une des quatre questions ci-dessus, il ou elle n'est pas éligible pour cette assurance. Nous vous remercions de votre intérêt..		
5. Avez-vous ou un autre demandeur été diagnostiqué comme ayant ou reçu un traitement pour un type de cancer ou une pathologie pré-cancéreuse au cours des 5 dernières années? Si oui, veuillez remplir la Section 3.2.	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
6. Si vous êtes un citoyen non américain, avez-vous ou un autre demandeur résidé continuellement aux Etats-Unis au cours des 5 dernières années?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Si un demandeur a répondu OUI à l'une des deux questions ci-dessus, il est possible qu'il/elle ne soit pas éligible pour cette assurance.		

Les questions 7 – 26 ci-dessous doivent être remplies pour le demandeur et chaque autre membre de votre famille effectuant une demande de couverture. Pour toute question à laquelle vous avez répondu "OUI", veuillez identifier le membre de la famille à qui la réponse s'applique (utilisez les lettres qui correspondent au membre de la famille dans la Section 1) et veuillez fournir des informations complètes sur la pathologie en question dans l'espace prévu dans la Section 3.2 de cette demande, y compris le nom, l'adresse et le numéro de téléphone de tous les médecins traitants, des diagnostiques, de toutes les dates des traitements, du/des type(s) de traitement, du pronostic et de la série de traitement en cours. IMG se réserve le droit de demander des informations médicales supplémentaires.

Déclaration de Santé		Si OUI, indiquez le MEMBRE DE LA FAMILLE au moyen des lettres de la Section 1.
Veuillez répondre à toutes les questions pour chaque demandeur effectuant une demande de couverture.		
7. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous ou un autre demandeur été atteint de signes ou de symptômes relatifs à ou été diagnostiqué ou reçu une consultation, une examination, des tests ou un traitement (y compris des médicaments) pour une pathologie, des troubles de santé, mentaux, physiques ou nerveux? Si oui, veuillez remplir la Section 3.2.	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
8. Avez-vous ou un autre demandeur déjà effectué une demande d'assurance médicale, d'assurance-vie ou d'assurance-invalidité ou une demande de renouvellement d'assurance de ce type qui a été refusée, annulée, supprimée, rejetée, modifiée ou différée? Si oui, veuillez expliquer dans la Section 3.2	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Avez-vous ou un autre demandeur été atteint de signes ou de symptômes relatifs à ou été atteint de ou reçu une consultation, une examination, des tests ou un traitement ou été diagnostiqué d'une maladie, pathologie, d'un problème médical, de troubles ou d'un autre problème survenu à la suite de, impliquant ou concernant l'une des pathologies suivantes:		
9. La maladie cardiaque, cardiovasculaire et/ou circulatoire, y compris, sans limitation: l'insuffisance cardiaque congestive, l'infarctus du myocarde, l'angor, les douleurs de poitrine, l'athérosclérose, la pression artérielle élevée, l'hypertension, l'oedème des pieds/chevilles, la thrombose, la phlébite, la fièvre rhumatismale ou le souffle cardiaque? Si oui, veuillez remplir ce qui suit: a. Date de la mesure de PA la plus récente _____ b. Résultat: _____ c. Médicaments pris (Types et doses) _____	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
10. La maladie du sang, des vaisseaux sanguins, des artères, des veines ou autres troubles sanguins, y compris, sans limitation: l'anémie, l'hémophilie, la leucémie, l'hépatite, la lymphadénopathie ou le cholestérol élevé?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
11. Le diabète, l'hyperglycémie ou l'hypoglycémie? Si oui au diabète, veuillez remplir ce qui suit: a) Type de diabète: I ___ ou II ___ b) Date du diagnostic: _____ c) Contrôlé par régime alimentaire uniquement? Oui _____ Non _____ d) Médicaments (Types et doses) _____ e) Date du test HbA 1c le plus récent _____ f) Résultats du test HbA1c (1 – 10) _____	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

Déclaration de Santé

Si OUI, indiquez le
MEMBRE DE LA
FAMILLE au moyen des
lettres de la Section 1.

Veillez répondre à toutes les questions pour chaque demandeur effectuant une demande de couverture.

12. Cancer, tumeur, kyste, polype, mélanome, sarcome de Kaposi, trouble cellulaire, zona, grosseur de type quelconque?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
13. Maladie du foie, du pancréas, de la vésicule biliaire ou les troubles endocriniens y compris, sans limitation: les troubles hypophysaires ou thyroïdiens ou métaboliques ou l'obésité?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
14. Maladie rénale, troubles de la fonction urinaire, les calculs rénaux ou de la vessie ou les infections?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
15. Maladie de l'appareil respiratoire dont, sans limitation: la tuberculose, les troubles pulmonaires, l'emphysème, la toux chronique, la bronchite, l'asthme et la pleuro-pneumonie?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
16. Les troubles mentaux et du système nerveux dont, sans limitation: la psychose, les troubles mentaux ou comportementaux, l'abus ou la dépendance de/aux drogues ou de/aux substances chimiques, l'alcoolisme, les groupes d'aide psychologique et/ou de soutien en matière de troubles psychiatriques, la dépression, l'anxiété, la fatigue chronique ou les troubles du comportement alimentaire?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
17. Les troubles neurologiques, dont, sans limitation: la sclérose en plaques (SEP), la dystrophie musculaire, la maladie de Lou Gehrig (SLA), la maladie de Parkinson, la paralysie, l'épilepsie, les convulsions, les malaises convulsifs, les migraines, les maux de tête chroniques, l'accident vasculaire cérébral (AVC) ou l'accident ischémique cérébral transitoire?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
18. La maladie musculaire, du squelette, de la colonne vertébrale, des os ou des articulations, dont, sans limitation: la scoliose, la discopathie, la maladie des vertèbres ou autre maladie du dos, le rhumatisme, l'arthrose, la goutte, la tendinite, l'ostéoporose ou l'inflammation?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
19. Pour les femmes, la fausse couche, les complications pendant la grossesse ou l'accouchement ou les consultations, les conseils, le diagnostic ou le traitement en matière d'infertilité?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
20. Les anomalies ou pathologies congénitales, génétiques ou héréditaires dont, sans limitation: le retard mental, la trisomie 21 ou autre anomalie chromosomique, les troubles, la déformité ou les anomalies physiques?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
21. Les troubles de l'appareil digestif, de l'estomac ou des intestins, dont, sans limitation: le reflux gastrooesophagien, la gastrite, les ulcères, les troubles du colon ou du rectum?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
22. Les troubles de l'appareil reproducteur dont, sans limitation: la prostate ou le niveau de PSA élevé, les saignements vaginaux, les fibroïdes, les nodules ou les kystes mammaires, les troubles liés aux trompes de fallopes, aux ovaires ou à l'utérus?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
23. La maladie des yeux, des oreilles, du nez, de la gorge ou de la mâchoire dont, sans limitation: les cataractes, le glaucome, la déviation de la cloison nasale, la sinusite chronique ou l'ATM (l'articulation temporomandibulaire)?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
24. Toute autre maladie, problème médical, blessures ou pathologie de type quelconque ne figurant pas sur la liste?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
25. Est-ce que vous ou un autre demandeur fumez actuellement ou avez fumé une forme de tabac quelconque au cours des 5 dernières années?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
26. Avez-vous ou un autre demandeur dans le passé effectué une demande d'assurance ou acheté une assurance par le biais d'IMG? (Si oui, veuillez fournir le numéro du certificat et les coordonnées) Numéro de certificat: _____ Police souscrite: _____	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

SECTION 3. Informations médicales confidentielles

3.1 Coordonnées du Médecin praticien

Nom et adresse de mon médecin généraliste habituel:

Nom du médecin:	Téléphone: + (Pays) (Région) Numéro
Adresse:	
Pays:	Code postal:
Date de la dernière visite:	Motif:

Si les informations ci-dessus sont différentes pour un autre demandeur, veuillez inscrire les informations correctes sur une feuille séparée et indiquer que vous l'avez fait en cochant cette case



Souscrite par Sirius International Insurance Corporation (publ) ("l'Assureur"). Gérée en tant qu'agent pour le compte de l'Assureur, par International Medical Group, Inc. ("IMG"). Coordonnée, en tant qu'agent pour le compte de l'Assureur aux fins de recevoir les primes, de recevoir et de détenir les montants des demandes de remboursement, et de recevoir et de détenir les remboursements des primes, par IMG Europe. Ltd.

L'Assurance individuelle accidents mondiale et l'Assurance d'indemnités journalières en cas d'hospitalisation ne sont disponibles qu'à la date de la demande et avec l'achat de la Police médicale internationale GlobalSelect. Pour effectuer une demande, veuillez remplir la Section 4 de cette Demande.

SECTION 4. Demande d'Assurance individuelle accidents mondiale et/ou d'Assurance d'indemnités journalières en cas d'hospitalisation

Veuillez indiquer le nom de chaque membre de la famille effectuant la demande d'Assurance individuelle accidents mondiale et/ou d'Assurance d'indemnités journalières en cas d'hospitalisation

Nom	Première unité de couverture Ass. Ind. Acc.	Deuxième unité de couverture complémentaire Ass. Ind. Acc.	Couverture d'indemnités journalières
A. Demandeur	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
B. Conjoint	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
C. Premier enfant	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	NON DISPONIBLE	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
D. Deuxième enfant	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	NON DISPONIBLE	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
E. Troisième enfant	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	NON DISPONIBLE	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Pour chaque personne effectuant une demande d'assurance vie, veuillez indiquer			% de prestation décès
Demandeur A	Nom du bénéficiaire principal	Relation	%
	Adresse du bénéficiaire	No de Tél. + ()	
Demandeur B	Nom du bénéficiaire subsidiaire	Relation	%
	Adresse du bénéficiaire	No de Tél. + ()	
Demandeur C	Nom du bénéficiaire principal	Relation	%
	Adresse du bénéficiaire	No de Tél. + ()	
Demandeur D	Nom du bénéficiaire principal	Relation	%
	Adresse du bénéficiaire	No de Tél. + ()	
Demandeur E	Nom du bénéficiaire principal	Relation	%
	Adresse du bénéficiaire	No de Tél. + ()	

Déclaration relative à l'Assurance individuelle accident mondiale et/ou l'Assurance d'indemnités journalières en cas d'hospitalisation (le cas échéant)

Si je (nous) suis/sommes accepté(s) pour la Police médicale internationale GlobalSelect, je (nous) accepte/ons que je (nous) peux/pouvons être éligible(s) pour l'Assurance individuelle accidents mondiale et/ou l'Assurance d'indemnités journalières en cas d'hospitalisation souscrite par l'Assureur. Je (nous) incorpore/ons dans les présentes les certificats, déclarations, engagements, accords, acceptations, autorisations et garanties de la Demande précédente relative à la Police médicale internationale de GlobalSelect et je (nous) comprends/ons et accepte/ons que les termes, conditions, restrictions et sanctions liées à celle-ci s'appliquent également aux présentes. Si je (nous) suis/sommes un citoyen américain, je (nous) comprends/ons que la garantie relative à l'Assurance individuelle accidents mondiale n'entrera en vigueur qu'après la date de mon (notre) départ des Etats-Unis. Si je (nous) a/avons également effectué une demande d'Assurance

d'indemnités journalières en cas d'hospitalisation, je nous comprends/ons que seuls les séjours d'une ou plusieurs nuits à l'hôpital éligibles au titre de ma (notre) Police médicale internationale GlobalSelect, à l'exclusion des grossesses, sont couverts. Je (nous) comprends/ons aussi: (i) qu'une prime supplémentaire est à payer pour l'Assurance individuelle accidents mondiale et l'Assurance d'indemnités journalières en cas d'hospitalisation, (ii) que dans le cas où cette demande ne serait pas acceptée, la prime me (nous) sera renvoyée et aucune partie n'aura d'obligation, de droit ou de responsabilité au titre du plan, (iii) que la prestation de décès sera déterminée en fonction de mon (notre) âge à la date de mon (notre) décès et (iv) que l'Assurance individuelle accidents mondiale et l'Assurance d'indemnités journalières en cas d'hospitalisation sont émises en Angleterre et sont régies par les Lois anglaises.

Signature du Demandeur
ou du Tuteur:

X

Date :

Signature
du Conjoint:

X

Date :

SECTION 5. Mode et fréquence de paiement

Veillez choisir votre mode et fréquence de paiement. La monnaie que vous avez sélectionnée pour votre plan est également la monnaie dans laquelle votre prime doit être payée.

A. Carte de crédit					
<input type="checkbox"/>	Fréquence du paiement (cochez une case seulement)	<input type="checkbox"/> Annuel	<input type="checkbox"/> Semestriel	<input type="checkbox"/> Trimestriel	<input type="checkbox"/> Mensuel

Note: Choisir l'option de paiement semestriel entraîne un paiement total approximatif de 110% de la prime annuelle, choisir l'option de paiement trimestriel entraîne un paiement total approximatif de 112% de la prime annuelle, et choisir l'option de paiement mensuel entraîne un paiement total approximatif de 120% de la prime annuelle.

Vos coordonnées de carte de crédit/débit

Type de carte de crédit:				<input type="checkbox"/> Visa	<input type="checkbox"/> MasterCard	<input type="checkbox"/> American Express	<input type="checkbox"/> Switch	<input type="checkbox"/> Solo	<input type="checkbox"/> Domestic Maestro
Numéro de carte complet:									
Date de validité:		Date d'expiration:		No. d'émission: _____		Numéro de sécurité:			
				Date d'émission: _____		(les 3 derniers chiffres sur la bande de la signature ou les 4 numéros imprimés sur le devant d'AMEX)			
Nom sur la carte:									
Adresse à laquelle la carte est enregistrée: (si différente de l'adresse domiciliaire indiquée)									
Numéro de téléphone de jour: +(Pays) (Code) Numéro									
En cas de paiement par carte de crédit/débit, j'autorise IMG Europe Ltd à débiter ma carte de crédit/débit ci-dessus du montant total dû (y compris les taxes relatives à la prime d'assurance le cas échéant). Au cas où j'aurais sélectionné une fréquence de paiement semestriel, trimestriel ou mensuel, je choisis au titre des présentes d'autoriser d'avance les paiements échelonnés futurs à partir de ma carte de crédit pour le solde de la période annuelle de garantie (12 mois à partir de la Date d'Entrée en Vigueur), et je demande et autorise IMG Europe Ltd. de/à débiter ma carte de crédit périodiquement au fur et à mesure que les paiements échelonnés sont dus concernant les primes. Cette autorisation reste en vigueur pendant 12 mois, à moins qu'elle ne soit révoquée préalablement par moi par écrit et que IMG Europe Ltd. reçoive effectivement l'avis de révocation, après quoi la continuité de la garantie sera affectée. A tous les renouvellements ultérieurs, j'autorise IMG Europe Ltd. à prélever les primes de renouvellement dues à la date concernée, suivant la même fréquence de paiement que celle de l'année précédente, jusqu'à ce que j'envoie un avis déclarant que je souhaite mettre fin à cet accord. La garantie achetée par carte de crédit fait l'objet d'une validation et d'une acceptation par une société de cartes de crédit. J'accepte que je recevrai un préavis des primes de renouvellement et que celles-ci peuvent varier d'une année à l'autre.									
Signature d'autorisation du titulaire de la carte			X			Date:		JJ/MM/AA	

Si vous payez par virement bancaire ou chèque: pour éviter tout retard, nous recommandons de vérifier votre calcul de prime et les taxes (le cas échéant) auprès d'IMG Europe ou de votre agent.

B. Virement bancaire (Paiement de la prime annuelle uniquement)	
<input type="checkbox"/>	Une fois le processus de votre Demande terminé, les informations de virement bancaire nécessaires vous seront expédiées et votre paiement est dû dans les 10 jours. [Veillez vérifier que le nom du Demandeur (tel que déclaré dans la Section 1 de ce formulaire), est clairement indiqué sur le virement.] La responsabilité concernant un virement bancaire n'identifiant pas clairement le proposant ne sera pas acceptée par l'Assureur, IMG ou IMG Europe Ltd.

C. Chèque bancaire / Traite bancaire / Mandat ** (Paiement de la prime annuelle uniquement)	
<input type="checkbox"/>	Veuillez libeller à l'ordre de: IMG Europe Ltd.
	Veuillez faire en sorte que le nom du Demandeur (tel que déclaré dans la Section 1 de ce formulaire), soit clairement indiqué au dos du chèque. ** Chèque UK£ pour le contrat en livres sterling. Chèque US\$ pour le contrat en dollars ou chèque EU€ pour le contrat en euros.

A USAGE INTERNE			
_____ X	_____ = _____	+ _____	+ _____
Total prime médicale	Facteur de taux de franchise	Prime de prestations optionnelles	Taxes/prélèvements liés à la prime d'assurance
= _____			
Total de la prime due			

SECTION 6. Date de commencement requise

Date à laquelle vous souhaitez que votre Police médicale internationale GlobalSelect commence:

A l'acceptation ou Autre / /

(La date doit être située dans les 30 jours suivant la signature. La police ne sera en aucun cas effective avant l'approbation.) Veuillez noter que nous ne pouvons pas commencer votre plan avant d'avoir accepté votre Demande et reçu le paiement de votre première prime ou de votre prime annuelle).

SECTION 7. Informations de contact pour le renouvellement

Veuillez spécifier le meilleur moyen pour vous contacter lors du renouvellement de votre police:

- Courrier (veuillez indiquer l'adresse): _____
- Fax (veuillez indiquer le numéro de fax): + (Pays) (Code) Numéro _____
- email (veuillez indiquer l'adresse email): _____

Option d'expédition par courrier exprès

Cochez la case si vous souhaitez recevoir votre Certificat d'Assurance par courrier exprès. Veuillez noter que des frais supplémentaires de £15/\$25/€25 doivent être ajoutés à la prime pour toute expédition par courrier exprès de votre Certificat d'Assurance après approbation.

Veuillez sélectionner l'adresse à laquelle vous souhaitez recevoir votre Certificat par courrier exprès (comme indiqué dans la Section 1)

Adresse de résidence Adresse postale Autre (pas de boîte postale svp) _____

SECTION 8. Pour l'assureur-conseil / le courtier uniquement

Numéro agent IMG #: 318989	Téléphone: +27 (0)21 948 0630
Nom de la société: Carl Greaves Brokers (Pty.) Ltd.	Fax: +(Pays) (Code) Numéro
Nom de contact:	email: pi@cgbrokers.co.za
GA # (le cas échéant):	

Veuillez expédier cette demande à:

IMG Europe Ltd
36-38 Church Road, Burgess Hill,
West Sussex, RH15 9AE,
Royaume-Uni

Fax: +44 (0) 1444 46 55 50
Ligne directe: +44 (0) 1444 46 55 55
Site web: www.imgeurope.co.uk

Toute information de changement d'adresse ou toute information de contact supplémentaire doit également être envoyée à cette adresse.