

Devis de l'assurance pour touristes en Israël

"Tour & Care"

Ce formulaire s'adresse à la fois aux hommes et aux femmes.
Veuillez le remplir de manière précise et complète.

Édition 02/2023

Je soussigné (ci-après le « candidat à l'assurance ») demande à la compagnie d'assurances Harel (ci-après l'« assureur ») de bien vouloir m'assurer en se basant sur tout ce qui est mentionné dans le présent devis.

Les documents de la police d'assurance seront envoyés à votre numéro de téléphone tel qu'il apparaît chez la société Harel. Si vous souhaitez recevoir ces documents par courrier électronique, veuillez saisir une adresse email parmi vos coordonnées. Alternativement, si vous souhaitez recevoir ces documents par la poste, veuillez l'indiquer ici: (L'envoi des documents sera effectué d'après les coordonnées actualisées enregistrées dans le système au moment de l'envoi.)

À l'attention de: Harel Insurance Company Ltd
Division de l'assurance pour les travailleurs étrangers/touristes
3, rue Aba Hillel, boîte postale 1951, 5211802 Ramat Gan, Fax: 03-7547777,
email: fax7930@harel-ins.co.il

| Période d'assurance requise | | | | | |
|-----------------------------|--|--|--|---|--|
| de | | | | à | |

Nom de l'assureur:

Numéro de l'assureur:

A Coordonnées des candidats à l'assurance (jusqu'à l'âge de 75 ans)

| | Assuré principal | Conjoint/e | Enfant 1 | Enfant 2 | Enfant 3 |
|--|---|---|---|---|---|
| No de passeport | | | | | |
| Pays de délivrance du passeport | | | | | |
| Prénom en anglais | | | | | |
| Nom de famille en anglais | | | | | |
| Date de naissance | | | | | |
| Sexe | <input type="checkbox"/> masc <input type="checkbox"/> fém | <input type="checkbox"/> masc <input type="checkbox"/> fém | <input type="checkbox"/> masc <input type="checkbox"/> fém | <input type="checkbox"/> masc <input type="checkbox"/> fém | <input type="checkbox"/> masc <input type="checkbox"/> fém |
| Date d'entrée en Israël | | | | | |
| Nationalité | | | | | |
| But de la visite | | | | | |
| Adresse de séjour en Israël | Rue | Numéro de la maison | Numéro de l'appartement | Ville | |
| Nom de la famille d'accueil | | | | | |
| No de portable | | | | | |
| Email pour les messages personnels et rapports | ..... |  |  |  |  |

B Choix du prestataire de services

| | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Réseau privé de Harel | <input type="checkbox"/> Services médicaux de la Clalit | <input type="checkbox"/> Services de santé Maccabi |
|--|---|--|



C Déclaration médicale

Veillez répondre aux questions suivantes en cochant d'un "✓" la case correspondant à la réponse correcte. Si vous répondez "oui" à l'une des questions, veuillez joindre un certificat actualisé du médecin traitant relatif au problème déclaré, les résultats d'examen médicaux, le type de traitement et l'état de santé actuel.

| | | | | | | | | | | | |
|----|--|------------------|-----|------------|-----|----------|-----|----------|-----|----------|-----|
| 1. | Est-ce que l'un des buts de l'arrivée en Israël, pour l'un ou plusieurs des assurés, est d'y recevoir un traitement médical? | Assuré principal | | Conjoint/e | | Enfant 1 | | Enfant 2 | | Enfant 3 | |
| | | Oui | Non | Oui | Non | Oui | Non | Oui | Non | Oui | Non |

Si la réponse à la question 1 est positive, nous ne pouvons pas vous assurer.

Partie A - Vous a-t-on diagnostiqué une maladie, un symptôme ou un trouble lié à un ou plus des problèmes ci-après:

| | | Assuré principal | | Conjoint/e | | Enfant 1 | | Enfant 2 | | Enfant 3 | |
|----|--|------------------|-----|------------|-----|----------|-----|----------|-----|----------|-----|
| | | Oui | Non | Oui | Non | Oui | Non | Oui | Non | Oui | Non |
| 1. | <input type="checkbox"/> Accident vasculaire cérébral* <input type="checkbox"/> Épilepsie <input type="checkbox"/> Sclérose en plaques* <input type="checkbox"/> Sclérose amyotrophique latérale ou autre maladie dégénérative* <input type="checkbox"/> Céphalées, <input type="checkbox"/> Migraine <input type="checkbox"/> Vertiges récurrents, <input type="checkbox"/> Troubles de l'équilibre <input type="checkbox"/> Syncopes <input type="checkbox"/> Parkinson, <input type="checkbox"/> Alzheimer, <input type="checkbox"/> Handicap mental*1 <input type="checkbox"/> Autisme* <input type="checkbox"/> Syndrome de Down* <input type="checkbox"/> Infirmitté motrice d'origine cérébrale <input type="checkbox"/> Maladie de gaucher * <input type="checkbox"/> Perte de sensibilité, <input type="checkbox"/> Troubles du déficit de l'attention <input type="checkbox"/> Avez-vous consulté un médecin au sujet de problèmes liés à une perte de mémoire au cours des 3 dernières années? <input type="checkbox"/> Autre trouble du système nerveux - veuillez joindre un certificat médical circonstancié | | | | | | | | | | |
| 2. | <input type="checkbox"/> Sida ou séropositivité <input type="checkbox"/> Lupus | | | | | | | | | | |
| 3. | Yeux et vision: <input type="checkbox"/> Cataracte <input type="checkbox"/> Troubles de la rétine <input type="checkbox"/> Troubles de la cornée <input type="checkbox"/> Glaucome <input type="checkbox"/> Conjonctivites <input type="checkbox"/> Strabisme <input type="checkbox"/> Cécité <input type="checkbox"/> Autre maladie/trouble de la vision | | | | | | | | | | |
| 4. | Cœur : <input type="checkbox"/> Arythmies <input type="checkbox"/> Maladie cardiaque <input type="checkbox"/> Insuffisance cardiaque <input type="checkbox"/> Infarctus du myocarde <input type="checkbox"/> Malformation cardiaque congénitale <input type="checkbox"/> Cathétérisme ou pontage coronarien <input type="checkbox"/> Valvulopathies <input type="checkbox"/> Autre maladie/trouble cardiaque | | | | | | | | | | |
| 5. | Vaisseaux sanguins: <input type="checkbox"/> Varices dans les membres inférieurs <input type="checkbox"/> Sténose carotidienne <input type="checkbox"/> Troubles de la coagulation <input type="checkbox"/> Anémie <input type="checkbox"/> Homéopathie <input type="checkbox"/> TVP (phlébite/thrombose) <input type="checkbox"/> AOMI (artériopathie oblitérante des membres inférieurs) | | | | | | | | | | |
| 6. | Métabolisme: <input type="checkbox"/> Glande thyroïde <input type="checkbox"/> Glande lymphatique <input type="checkbox"/> Glande salivaire <input type="checkbox"/> Glande sudoripare <input type="checkbox"/> Glande pituitaire (hypophyse) <input type="checkbox"/> Diabète <input type="checkbox"/> Hypertension <input type="checkbox"/> Hyperlipidémie/cholestérol <input type="checkbox"/> Autre maladie/trouble métabolique | | | | | | | | | | |



C Déclaration médicale

Partie A - Vous a-t-on diagnostiqué une maladie, un symptôme ou un trouble lié à un ou plus des problèmes ci-après:

| | | Assuré principal | | Conjoint/e | | Enfant 1 | | Enfant 2 | | Enfant 3 | |
|-----|--|------------------|-----|------------|-----|----------|-----|----------|-----|----------|-----|
| | | Oui | Non | Oui | Non | Oui | Non | Oui | Non | Oui | Non |
| 7. | Voies respiratoires : <input type="checkbox"/> Asthme <input type="checkbox"/> Tuberculose par le passé, avec plein rétablissement <input type="checkbox"/> Tuberculose active aujourd'hui <input type="checkbox"/> BPCO (bronchopneumopathie chronique obstructive) <input type="checkbox"/> Rhinite saisonnière <input type="checkbox"/> Infections respiratoires récurrentes et dyspnée <input type="checkbox"/> Pneumothorax <input type="checkbox"/> Fibrose kystique <input type="checkbox"/> Autre maladie/trouble des voies respiratoires | | | | | | | | | | |
| 8. | Système digestif: <input type="checkbox"/> Ulcère gastro-duodéal (estomac/duodénum) <input type="checkbox"/> Pyrosis <input type="checkbox"/> Maladie de Crohn <input type="checkbox"/> Colite <input type="checkbox"/> Reflux gastro-œsophagien <input type="checkbox"/> Pathologie hémorroïdaire <input type="checkbox"/> Fissure/Fistule <input type="checkbox"/> Occlusion intestinale <input type="checkbox"/> Maladies/inflammations du pancréas <input type="checkbox"/> de l'œsophage <input type="checkbox"/> de la vésicule biliaire <input type="checkbox"/> Lithiase biliaire <input type="checkbox"/> Autre maladie/trouble du système digestif? | | | | | | | | | | |
| 9. | Foie: <input type="checkbox"/> Ictère (jaunisse) B, C, D <input type="checkbox"/> Ictère (jaunisse) A <input type="checkbox"/> Stéatose hépatique <input type="checkbox"/> Cirrhose <input type="checkbox"/> Autre maladie/trouble hépatique | | | | | | | | | | |
| 10. | Hernie: <input type="checkbox"/> diaphragmatique <input type="checkbox"/> ombilicale <input type="checkbox"/> inguinale droite <input type="checkbox"/> inguinale gauche <input type="checkbox"/> incisionnelle <input type="checkbox"/> abdominale | | | | | | | | | | |
| 11. | Reins et appareil urinaire: <input type="checkbox"/> Infections récurrentes et calculs dans les reins ou dans l'appareil urinaire <input type="checkbox"/> Kystes rénaux <input type="checkbox"/> Malformations des voies urinaires <input type="checkbox"/> Insuffisance rénale <input type="checkbox"/> Autre maladies des reins et de l'appareil urinaire | | | | | | | | | | |
| 12. | Articulations et os: <input type="checkbox"/> Arthrite <input type="checkbox"/> Goutte <input type="checkbox"/> Dos/Colonne vertébrale <input type="checkbox"/> Genoux <input type="checkbox"/> Hanches <input type="checkbox"/> Épaules <input type="checkbox"/> Articulations <input type="checkbox"/> Ostéoporose <input type="checkbox"/> Autre maladie/trouble articulaire ou osseux | | | | | | | | | | |
| 13. | Dermatologie: <input type="checkbox"/> Tumeurs cutanées <input type="checkbox"/> Nævus mélanocytaire <input type="checkbox"/> Psoriasis <input type="checkbox"/> Infection sexuellement transmissible <input type="checkbox"/> Syphilis <input type="checkbox"/> Autre maladie/trouble dermatologique <input type="checkbox"/> Autre infection sexuellement transmissible | | | | | | | | | | |

C Déclaration médicale

Partie A - Vous a-t-on diagnostiqué une maladie, un symptôme ou un trouble lié à un ou plus des problèmes ci-après :

| | Assuré principal | | Conjoint/e | | Enfant 1 | | Enfant 2 | | Enfant 3 | | |
|---|------------------|-----|------------|-----|----------|-----|----------|-----|----------|-----|--|
| | Oui | Non | Oui | Non | Oui | Non | Oui | Non | Oui | Non | |
| 14. <input type="checkbox"/> Tumeurs malignes*/maladies malignes (cancer) - Si c'est le cas - la maladie ou la tumeur sont-elles actives ou ont-elles été diagnostiquées ou traitées au cours des deux dernières années? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | | | | | | | | | | | |
| 15. Pour les femmes: <input type="checkbox"/> Kystes ou tumeur bénigne des seins <input type="checkbox"/> Augmentation mammaire <input type="checkbox"/> Seins fibrokystiques <input type="checkbox"/> Kyste ou tumeur bénigne de l'utérus <input type="checkbox"/> Myome <input type="checkbox"/> Endométrite <input type="checkbox"/> Hémorragie de l'utérus <input type="checkbox"/> Maladie du col de l'utérus (CIN) <input type="checkbox"/> Kyste ou tumeur bénigne des ovaires <input type="checkbox"/> Syndrome des ovaires polykystiques <input type="checkbox"/> Kyste ou tumeur bénigne des trompes de Fallope <input type="checkbox"/> Fausses couches récurrentes <input type="checkbox"/> Grossesse extra-utérine <input type="checkbox"/> Avez-vous accouché par césarienne par le passé? <input type="checkbox"/> Êtes-vous enceinte? <input type="checkbox"/> Autre maladie/trouble gynécologique ou mammaire | | | | | | | | | | | |
| 16. Pour les hommes: <input type="checkbox"/> Troubles de la prostate <input type="checkbox"/> Varicocèle <input type="checkbox"/> Hydrocèle <input type="checkbox"/> Autre maladie/trouble andrologique | | | | | | | | | | | |
| 17. Maladies mentales diagnostiquées par un psychologue, un psychiatre ou le médecin traitant: <input type="checkbox"/> Dépression <input type="checkbox"/> Anxiété <input type="checkbox"/> Autre maladie mentale | | | | | | | | | | | |
| 18. Oto-rhino-laryngologie: <input type="checkbox"/> Syndrome d'apnées du sommeil <input type="checkbox"/> Polypes auriculaires <input type="checkbox"/> Sinusite <input type="checkbox"/> Angines récurrentes <input type="checkbox"/> Papillomes des cordes vocales <input type="checkbox"/> Végétations adénoïdes <input type="checkbox"/> Agrandissement du cornet nasal <input type="checkbox"/> Ronflement <input type="checkbox"/> Déviation de la cloison nasale <input type="checkbox"/> Trouble de l'audition/Surdité <input type="checkbox"/> Neurinome de l'acoustique (tumeur du conduit auditif) <input type="checkbox"/> Perforation du tympan <input type="checkbox"/> Acouphènes <input type="checkbox"/> Autre maladie/trouble oto-rhino-laryngologique | | | | | | | | | | | |
| 19. Vous a-t-on diagnostiqué des allergies? | | | | | | | | | | | |

C Déclaration médicale

| Partie B - Questions d'ordre général | | | | | | | | | | | |
|--------------------------------------|--|------------------|-----|------------|-----|----------|-----|----------|-----|----------|-----|
| | | Assuré principal | | Conjoint/e | | Enfant 1 | | Enfant 2 | | Enfant 3 | |
| | | Oui | Non | Oui | Non | Oui | Non | Oui | Non | Oui | Non |
| 20. | <input type="checkbox"/> Consommez-vous ou avez-vous consommé de la drogue ? Si c'est le cas - <input type="checkbox"/> Haschich, marijuana, chanvre, cannabis <input type="checkbox"/> Autre drogue | | | | | | | | | | |
| 21. | <input type="checkbox"/> Buvez-vous, régulièrement, des boissons alcoolisées (plus de 2 verres par jour) ? | | | | | | | | | | |
| 22. | Au cours des deux dernières années, avez-vous été envoyé procéder des examens d'approfondissement en raison d'un phénomène ou d'une maladie, sans avoir terminé le processus de vérification et sans avoir encore reçu de diagnostic final ? (Type d'examen: mammographie, scintigraphie osseuse, cathétérisme, échocardiographie, IRM, CT [tomodensitométrie], échographie [ne s'inscrivant pas dans le cadre d'un suivi prénatal de routine], biopsie, sang occulte, coloscopie ou gastroscopie, colposcopie) | | | | | | | | | | |
| 23. | Au cours des 5 dernières années, avez-vous subi une intervention chirurgicale ou vous a-t-on conseillé de vous faire opérer en raison d'une maladie/d'un symptôme ou d'un trouble que vous n'avez pas détaillé dans l'une des questions précédentes ? Veuillez détailler | | | | | | | | | | |
| 24. | Au cours des 3 dernières années, avez-vous été hospitalisé en raison d'une maladie/d'un symptôme ou d'un trouble que vous n'avez pas détaillé dans l'une des questions précédentes ? Veuillez détailler | | | | | | | | | | |
| 25. | Au cours des 5 dernières années, avez-vous pris un médicament, ou vous a-t-on conseillé de prendre un médicament, en raison d'une maladie/d'un symptôme ou d'un trouble que vous n'avez pas détaillé dans l'une des questions précédentes ? Veuillez détailler | | | | | | | | | | |

Détailler:

.....







.....

D Approbation des conditions d'admission

Je conviens d'avance que s'il apparaît clairement, dans le cadre de la procédure de souscription à l'assurance pour moi ou pour mes enfants jusqu'à l'âge de 18 ans, que les conditions suivantes sont requises pour fournir les garanties demandées, ces dernières seront déterminées dans le cadre de la police d'assurance qui sera produite pour moi ou mes enfants jusqu'à l'âge de 18 ans, selon le cas :

Ne sera pas couvert un risque lié à :

.....

| Signature du candidat à l'assurance | | | | |
|-------------------------------------|-------|-----------------|-------------------|---|
| | Date | Nom de l'assuré | Numéro d'identité | Signature |
| Assuré principal |  |  |  | ..... |
| Conjoint/e |  |  |  | ..... |
| Enfant jusqu'à 18 ans |  |  |  | ..... |
| Enfant jusqu'à 18 ans |  |  |  | ..... |
| Enfant jusqu'à 18 ans |  |  |  | ..... |
| Témoin de la signature (assureur): | ..... | ..... | ..... | ..... |
| | Date | No d'identité | Nom | Signature |

E Service complémentaires moyennant des primes d'assurance supplémentaires

| Couverture | Assuré principal | Conjoint/e | Enfant 1 | Enfant 2 | Enfant 3 | Enfant 3 |
|--------------------------|------------------|------------|----------|----------|----------|----------|
| Transport médical aérien | | | | | | |

F Déclaration médicale du candidat à l'assurance

1. a. Bien qu'il n'y ait pas d'obligation légale de fournir une partie des informations demandées dans le présent document, cette information est essentielle pour votre adhésion aux polices d'assurance ainsi que pour le traitement des questions qui leur sont liées. Ces informations seront collectées, stockées et traitées par la Société et les autres sociétés du groupe Harel (Harel Insurance Investments & Financial Services Ltd. et ses filiales) ou des tiers travaillant pour elles ou les représentant. Elles seront utilisées à toutes fins se rapportant aux polices d'assurance et autres fins légitimes, notamment pour des calculs actuariels. Vous pouvez trouver de plus amples renseignements à ce sujet dans la Politique de confidentialité diffusée sur le site Internet de la Société.
- b. Je/nous déclare/ons que toutes les réponses sont correctes, complètes et données de ma/notre propre volonté.
- c. Les réponses spécifiées dans la déclaration médicale, ainsi que toute autre information qui sera fournie à la Société, de même que les conditions communément acceptées de la Société à ce sujet, seront réputées conditions essentielles du contrat d'assurance entre vous et la Société et en feront partie intégrante.
- d. La Société est libre de décider d'accepter ou de rejeter l'application. Pour information, le contrat d'assurance entre en vigueur seulement après que la Société émet une confirmation écrite de l'admission de tous les candidats à l'assurance.
- e. Le consentement et la présente déclaration, y compris la déclaration médicale ci-dessus, s'appliqueront également aux enfants dont les noms sont mentionnés dans la proposition et votre/vos signature/s des documents est/sont apposée/s également en leurs noms, en votre/vos qualité/s de tuteur/s légal/aux. Vous êtes autorisé/s à signer ces documents en leur nom ? Oui Non
- f. Je confirme qu'on m'a remis les informations essentielles concernant l'assurance, comprenant au minimum la description des principaux éléments de la couverture garantie par l'assurance, des primes d'assurance, de la durée de l'assurance, des principaux capitaux assurés et des principales limites de responsabilité et le fait que je peux obtenir des informations complètes à leur sujet

Veillez noter

2. État de santé antérieur: événement assuré dont la cause réelle était le cours normal d'un état de santé antérieur et subi par l'assuré pendant la période d'exception. Une exception au titre d'un état de santé antérieur pour un assuré dont l'âge au moment du début de la période d'assurance est:
 - a. inférieur à 65 ans - sera valable pour une période n'excédant pas un an à compter du début de la période d'assurance;
 - b. égal à 65 ans ou plus - sera valable pour une période n'excédant pas six mois à compter du début de la période d'assurance.
3. La présente assurance maladie est soumise à un délai de carence de 48 heures.
4. Je suis conscient/e que le contrat d'assurance n'entrera en vigueur qu'après que la Société aura délivré une confirmation écrite de l'admission du candidat à l'assurance. Dans tous les cas, la période d'assurance commencera à compter de la date de confirmation par l'Assureur, comme énoncé ci-devant.
5. **Consentement à l'utilisation des informations**
 Acceptez-vous, au-delà des dispositions de la loi ou d'un accord, que les informations contenues dans le présent document, ainsi que des informations supplémentaires vous concernant, qui sont ou seront en possession d'autres sociétés du groupe Harel (Harel Insurance Investments & Financial Services Ltd. et ses filiales) soient utilisées par les sociétés du groupe Harel ou tout tiers les représentant également à toutes fins liées à d'autres produits et services des sociétés du groupe Harel (dans le domaine de l'assurance, de l'épargne à long terme et des finances) et à leur commercialisation, notamment pour permettre aux sociétés susmentionnées de vous informer sur des produits et services, et à d'autres fins annexes aux fins susmentionnées et requises pour leur réalisation, même si les informations sont transmises à des tiers agissant au nom et à la place du groupe Harel. Oui Non
6. **Renonciation au secret médical:** Je/nous, soussigné(e)(s), autorise/ons par la présente les cliniques de la caisse de maladie (Kupat Holim) ou ses institutions médicales ou Tsahal ou tous autres médecins et psychiatres, institutions médicales et hôpitaux, ou l'Assurance nationale (Bitouah Leumi) ou le ministère de la Défense ou toute compagnie d'assurance ou toute institution et tout tiers, **dans la mesure du nécessaire pour la clarification et le règlement des demandes en vertu de la police ou pour l'examen de mon/notre admission à l'assurance demandée**, à fournir à Harel (ci-après désigné: «le Demandeur») toute information et tous détails en leur possession, sans exception et de la manière requise par le Demandeur, concernant mon/notre état de santé, y compris toute maladie dont j'ai/nous avons souffert par le passé ou dont je suis/nous sommes atteint/s à présent ou que je suis/nous sommes susceptible/s d'avoir à l'avenir. Je/nous vous dispense/ons de l'obligation de respecter le secret médical, auquel je/nous renonce/çons en faveur du «Demandeur» et je/nous n'aurai/ons contre vous ou le Demandeur aucune réclamation ou demande de quelque nature que ce soit en rapport avec ce qui précède. Cette décharge de responsabilité engage mes/nos héritiers et fondés de pouvoir et tout représentant autorisé. La présente renonciation au secret médical s'appliquera également à mon/nos enfants en bas âge.
7. En adhérant à cette police, vous autorisez votre assureur à soumettre et à recevoir en vos lieux et place tous les avis ou documents liés au processus de souscription et d'adhésion à la police.

Signature du candidat à l'assurance

| | Date | Nom de l'assuré | Numéro d'identité | Signature |
|------------------------------------|-------|-----------------|-------------------|-----------|
| Assuré principal | | | | |
| Conjoint/e | | | | |
| Enfant jusqu'à 18 ans | | | | |
| Enfant jusqu'à 18 ans | | | | |
| Enfant jusqu'à 18 ans | | | | |
| Témoin de la signature (assureur:) | ..... | ..... | ..... |  |
| | Date | No d'identité | Nom | Signature |

G Déclaration de l'assureur (section obligatoire devant être signée par l'assureur)

Déclaration de l'assureur concernant la vérification des besoins du candidat et la proposition d'une assurance répondant à ses besoins: Je confirme que dans le cadre du processus de vente, j'ai vérifié les besoins du/des candidat/s à l'assurance conformément aux directives de la circulaire du Commissaire aux assurances relative à l'adhésion à une assurance et que je lui/leur ai proposé une assurance répondant à ses/leurs besoins.

Date Nom de l'assureur Signature de l'assureur 

H Prélèvement par carte de crédit - Dates de prélèvement : conformément aux modalités prévues par la compagnie de crédit de l'assuré/du payeur.

Coordonnées du candidat à l'assurance

| | | |
|--------|----------------|---------------------|
| Prénom | Nom de famille | Numéro de passeport |
|--------|----------------|---------------------|

Coordonnées de la personne s'acquittant du paiement

| | |
|-------------------|--|
| Numéro d'identité | Nom du titulaire de la carte de crédit |
|-------------------|--|

| | | |
|-----|---|--------------------|
| CVV | Date d'expiration de la carte / | Numéro de la carte |
|-----|---|--------------------|

Il est possible de payer en plusieurs versements selon la période d'assurance

| | | |
|-----------------|------|--------|
| Nombre de jours | 1-90 | 91-180 |
|-----------------|------|--------|

| | | |
|----------------------|---|---|
| Nombre de versements | 1 | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 |
|----------------------|---|---|

| | | |
|-------------|-------|---------------|
| Code postal | Ville | Rue et numéro |
|-------------|-------|---------------|

| | |
|----------------------|-----------|
| Adresse électronique | Téléphone |
|----------------------|-----------|

Veuillez noter que le moyen de paiement servira au prélèvement de la prime pour tous les assurés de la/des police/s. Les montants du prélèvement et leurs dates seront conformes à ce qu'a fixé la Société en vertu des conditions de paiement de la/des police/s d'assurance et des modifications qui y seront apportées de temps à autre. Si a lieu un remboursement de la prime, ce dernier sera effectué sur ce moyen de paiement, sauf si la Société décide de le faire sur un autre moyen de paiement. Si la/les police/s d'assurance est/sont renouvelée/s, le moyen de paiement sera prélevé des paiements découlant de la/les police/s renouvelée/s. La présente autorisation s'appliquera également au prélèvement sur une carte émise avec un autre numéro en remplacement de la carte dont le numéro est indiqué dans le présent formulaire.

| | | |
|------|--|--|
| Date | Nom du titulaire de la carte de crédit | Signature du titulaire de la carte de crédit |
|------|--|--|

..... 

