

Fax:
Télécopie

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Email:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Date of Birth
Date de naissance

dd		mm		yyyy					
jj		mm		aaaa					

Nationality: _____
Nationalité

Country of passport: _____
Pays dont vous détenez le passeport

Passport no. _____
No. de passeport

Occupation: _____
Profession

CPAM Number:
(as per CPAM Attestation)
No. d'immatriculation CPAM

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

PLEASE ENCLOSE A COPY OF YOUR **ATTESTATION VITALE** FOR EACH INSURED PERSON PLUS BANK R.I.B.
VEUILLEZ JOINDRE UNE COPIE DE **L'ATTESTATION VITALE** POUR CHAQUE ASSURÉ ET UN RIB

DEPENDANTS INCLUDED IN THIS POLICY / Personnes à charge incluses sur ce contrat

	SPOUSE	DEPENDANT 1	DEPENDANT 2
Surname <i>Nom</i>			
First name & other initials <i>Prénom & autres initiales</i>			
Sex M / F <i>Sexe M / F</i>			
Relationship to Policyholder <i>Lien de parenté avec le souscripteur du contrat</i>			
Date of Birth <i>Date de naissance</i>			
Occupation <i>Profession</i>			
Nationality <i>Nationalité</i>			
	DEPENDANT 3	DEPENDANT 4	DEPENDANT 5
Surname <i>Nom</i>			
First name & other initials <i>Prénom & autres initiales</i>			
Sex M / F <i>Sexe M / F</i>			
Relationship to Policyholder <i>Lien de parenté avec le souscripteur du contrat</i>			
Date of Birth <i>Date de naissance</i>			
Occupation <i>Profession</i>			
Nationality <i>Nationalité</i>			

COMMENCEMENT DATE / Date d'entrée en vigueur

The inception date of this policy will be at the date at which this application is received and accepted at Exclusive Healthcare SA on behalf of the Insurers. However if you require an inception date in the future you may do so by completing the Commencement Date below. Under no circumstances will policies be backdated.

La date d'entrée en vigueur de ce contrat est la date à laquelle Exclusive Healthcare SA reçoit et accepte ce formulaire pour le compte des Assureurs. Cependant, si vous préférez opter pour une date d'effet ultérieure, vous pouvez le faire en indiquant la date choisie ci-dessous. En aucun cas les contrats ne seront anti-datés.

Commencement Date:
Date d'entrée en vigueur

dd	mm	yyyy
jj	mm	aaaa

PREMIUM
Prime

€

LEVEL OF COVER / Niveau de couverture

This plan enables you to choose various levels of cover in order to suit your personal requirements. Please tick the level that you have selected. Your policy will be issued on that basis.

Ce contrat vous permet de choisir différents niveaux de couverture pour répondre à vos exigences personnelles. Veuillez cocher le niveau souhaité. Votre contrat sera rédigé sur cette base.

PLAN BRONZE B100

PLAN BRONZE B300

PLAN TOPAZ T300/100

PLAN ARGENT A100

PLAN ARGENT A150

PLAN ARGENT A300

PREMIUM PAYMENT / Règlement de la prime

Choose your payment method and complete all details relevant to that method.

Choisissez le mode de paiement que vous souhaitez et remplissez tous les détails concernant celui-ci.

ANNUAL PAYMENT

MONTHLY INSTALMENT PLAN

RÈGLEMENT ANNUEL DE LA PRIME

RÈGLEMENT MENSUEL DE LA PRIME

Please tick one box above and one box below. If the Monthly Instalment Plan is selected the first three months are payable on or before the commencement of cover followed by monthly instalments paid by Direct Debit.

Cocher une boîte ci-dessus et une boîte ci-dessous. Si vous avez sélectionné le règlement mensuel, les trois premières mensualités sont dues en une seule fois avant le début de la couverture, suivie des mensualités payées par prélèvement automatique.

PAYMENT BY CHEQUE:

All cheques must be payable to Exclusive Healthcare SA. Please ensure that the name of the policyholder is clearly stated on the reverse of the cheque.

RÈGLEMENT PAR CHÈQUE:

Tous les chèques doivent être libellés à l'ordre d'Exclusive Healthcare SA. Veuillez vous assurer que le nom du titulaire du contrat apparaît clairement au dos du chèque.

PAYMENT BY CREDIT CARD:

(Available only for annual payments and the first three months' Deposit where the Monthly Instalment Plan is selected). Please complete details on back page.

RÈGLEMENT PAR CARTE BANCAIRE:

(Disponible uniquement pour les paiements annuels ainsi que pour l'acompte de trois mois en cas de pour versements mensuels). Veuillez compléter les détails au verso.

PAYMENT BY DIRECT DEBIT – EUROS ONLY:

The first three months' instalment is payable by cheque or Credit Card followed by monthly payments by Direct Debit in Euros drawn on a French Bank starting in the fourth month. Monthly debits will continue unless the policy is cancelled in accordance with the French code des assurances. Please complete the enclosed Direct Debit Authority if you wish to pay by instalments.

RÈGLEMENT PAR VIREMENT BANCAIRE – SEULEMENT EN EUROS:

Les trois premières mensualités sont à régler par chèque ou carte bancaire suivi de prélèvements automatiques sur un compte dans une banque française à partir du quatrième mois. Les prélèvements continueront à moins que le contrat soit résilié en conformité avec le code des assurances. Veuillez remplir le formulaire d'autorisation de prélèvements si vous souhaitez payer par versements mensuels.

