



INSTITUTIONS ET ORGANES DES COMMUNAUTES EUROPEENNES

ASSURANCE DE GROUPE

Afiliatys

AUTORISATION

donnée à l'Institution du souscripteur individuel par celui-ci en vue du prélèvement des primes sur son traitement/sa pension de base.

Nom et prénom :

Numéro personnel :

Institution et siège :

Service auquel est affecté le souscripteur individuel :

Autorise son Institution indiquée ci-dessus à verser à Cigna International Health Services BVBA, mandaté par l'assureur, après avoir prélevé mensuellement sur son traitement/sa pension le total des primes dues pour les garanties assurées dans le cadre de la police de groupe Afiliatys :

- s'élevant à ----- %
- la première fois au mois de -----.

Ce nombre de millièmes reste inchangé en cas de modification du traitement/de la pension même rétroactive, les garanties étant toujours basées sur le traitement/la pension le(la) plus récent(e) et, le cas échéant, ajustées rétroactivement comme l'a été le traitement/ la pension.

Cette autorisation de prélèvement est valable jusqu'à nouvel ordre, elle ne peut être révoquée ou modifiée sans l'accord écrit du souscripteur individuel.

Lieu et date :

Signature (précédée de la mention "lu et approuvé" de la main du signataire) :

.....