

Je, soussigné(e) _____ Nom usuel / marital _____ Prénom _____
 Né(e) le | | | | | | | | à _____ Nationalité _____
 Sexe : F M
 Situation maritale : célibataire marié(e) veuf(ve) divorcé(e) vie Maritale PACS
 Adresse de votre résidence à l'étranger _____

 Adresse dans votre pays d'origine _____

 Téléphone _____ Fax _____ Email _____
 N° de Sécurité sociale le cas échéant | | | | | | | | | | | | | | | | | | N° de passeport _____

• demande mon adhésion aux garanties individuelles « Santé »

pour moi seul(e), pour moi et ma famille dont les bénéficiaires sont les suivants :

Lien de parenté	Sexe (M ou F)	Nom de famille	Prénom(s)	Date de naissance (jj/mm/aaaa)
Conjoint(e)	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	_____	_____	_ _ _ _ _ _ _
1 ^{er} enfant	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	_____	_____	_ _ _ _ _ _ _
2 ^e enfant	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	_____	_____	_ _ _ _ _ _ _
3 ^e enfant	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	_____	_____	_ _ _ _ _ _ _
4 ^e enfant	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	_____	_____	_ _ _ _ _ _ _

Santé (un seul choix possible)	Cotisation annuelle <input type="text" value="1"/>
--------------------------------	--

Niveau de couverture : choisir entre Garanties groupées et Garanties à la carte _____ €

- Garanties groupées Confort Excellence Excellence Plus
- ou
- Garanties à la carte Module 1 (Hospitalisation) Module 2 (Hospitalisation + frais médicaux + optique) - Franchise Sans franchise Franchise 150 €/an Franchise 300 €/an
- Régime Santé 1^{er} euro Complément CFE
- Zone de couverture Zone A Zone B Zone C

Zone C : Afrique, Asie (sauf Japon, Taïwan, Hong Kong, Singapour et Chine), Moyen Orient (sauf Israël)
 Zone B : Zone C + Europe (sauf Suisse), Océanie, Amériques (sauf USA, Canada), Chine, Taïwan
 Zone A : Zone B + USA, Canada, Suisse, Israël, Japon, Hong Kong, Singapour

• demande mon adhésion aux garanties Assistance et Responsabilité civile

Assistance et Responsabilité civile	Cotisation annuelle <input type="text" value="2"/>
-------------------------------------	--

Zone de couverture Zone A Zone B Zone C
 Assistance oui non _____ €
 Responsabilité civile oui non _____ €

EXPAT COURTAGE

Merci de remplir le questionnaire d'état de santé (page 3)

Questionnaire d'état de santé (document à imprimer)

Les réponses à ce questionnaire doivent être écrites obligatoirement de la main de la personne à assurer. Vous pouvez nous communiquer sur papier libre tout complément d'information concernant votre état de santé.

1 Quels sont vos : taille, poids, tension artérielle habituelle ?

Assuré : Taille m Poids kg Tension _____ Conjoint : Taille m Poids kg Tension _____
 1^{er} enfant : Taille m Poids kg 2^e enfant : Taille m Poids kg
 3^e enfant : Taille m Poids kg 4^e enfant : Taille m Poids kg

Quelle est votre consommation journalière d'alcool ? Assuré : _____ verres/jour Conjoint : _____ verres/jour
 Quelle est votre consommation journalière de tabac ? Assuré : _____ cigarettes/jour Conjoint : _____ cigarettes/jour

Veuillez répondre par OUI ou NON

	Assuré	Conjoint	1 ^{er} enfant	2 ^e enfant	3 ^e enfant	4 ^e enfant	Si réponse OUI, veuillez compléter en précisant la personne concernée pour chaque question
2	Votre état de santé vous empêche-t-il d'exercer votre activité professionnelle ? _____ <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non						Temps partiels thérapeutique _____ Arrêt total du travail _____ Causes _____ _____ _____
3	Avez-vous subi ou devez-vous subir une(des) intervention(s) chirurgicale(s), autres qu'appendicite, amygdales ou végétations ? _____ <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non						Laquelle (lesquelles) ? _____ Date(s) _____ _____
4	Au cours des cinq dernières années, vous a-t-on prescrit un arrêt de travail ou un traitement médical de plus de trois semaines ? _____ <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non						Pour quelles raisons ? _____ Nature et durée du traitement _____ _____ _____
5	Avez-vous reçu des soins ou subi des examens au cours des cinq dernières années, ayant entraîné un séjour dans un établissement médical (hôpital, clinique, maison de repos, de rééducation, diététique, de cure, sanatorium) ? _____ <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non						Lesquels ? _____ Date(s) _____ (Joindre photocopie des comptes rendus opératoires et/ou histologiques).
6	Au cours des dix dernières années, avez-vous présenté une ou plusieurs des affections suivantes : maladies neurologiques ou psychiatriques (y compris dépression), maladie ostéo-articulaires (dont atteintes vertébrales et para-vertébrales), cancer, leucémie ou autre maladie du sang, ou avez-vous d'autres problèmes médicaux non mentionnés dans le questionnaire _____ <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non						Si vous avez répondu OUI à cette question, veuillez indiquer de quelle maladie il s'agit ainsi que toutes les précisions utiles (date, durée, traitement, date de guérison, séquelles, commentaires) _____ _____ _____
7	Envisagez-vous une hospitalisation dans les douze prochains mois ? _____ <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non						Si OUI, indiquez la nature de cette hospitalisation : _____ _____ _____
8	Avez-vous subi un test de dépistage de la séropositivité aux virus des hépatites ou à l'un des virus de l'immuno-déficience humaine ? _____ <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non						Si OUI, indiquez : Date _____ La nature du test _____ Le résultat _____
9	Avez-vous des séquelles résultant d'une maladie ou d'un accident ? _____ <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non						Lesquelles ? _____ Date de l'évènement _____ Nature _____ Date de consolidation _____ Séquelles _____
10	Êtes-vous atteint d'une infirmité ou titulaire d'une pension (civile ou militaire) d'invalidité ou d'une pension vieillesse ? _____ <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non						Nature de l'infirmité _____ Nature (pension ou rente) _____ _____ Catégorie _____ ou taux _____ (Joindre notification)
11	Avez-vous été accepté(e) à des conditions spéciales ou refusé(e) au titre d'un contrat d'assurance sur la vie ? _____ <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non						Motif et date _____ _____

Je, soussigné(e), certifie exactes et sincères les informations générales ci-contre ainsi que les réponses aux questions médicales ci-dessus, n'avoir rien déclaré ou omis de déclarer qui puisse induire en erreur l'Assureur, étant entendu que les articles L 113-8 et 9 du Code des assurances édictent les sanctions en cas de fausse déclaration, réticences ou inexactitudes et consens à être garanti en décès selon les bases contractuelles (article L 132-2 du Code des assurances).

A _____ le

Signature de la personne affiliée précédée de la mention « Lu et Approuvé » apposée de sa main, sans omettre de dater.

Ce document est à retourner, après en avoir fait une copie pour vous à :

ACS
 Courtier d'Assurances
 153, rue de l'Université
 75007 Paris

www.acs-ami.com
 E-mail : contact@acs-ami.com
 Tél. : 01 40 47 91 00 - Fax : 01 40 47 61 90

S.A.S. au capital de 150 000 euros
 B 317 218 188 RCS Paris.

