

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 de votre pays d'origine .....  
 Revenu annuel brut en euros (si garanties prévoyance) .....  
 Téléphone ..... Fax ..... E.mail .....  
 N° de Sécurité sociale le cas échéant ..... N° de passeport .....

– après avoir pris connaissance des Dispositions Générales, du niveau des garanties et de leurs modalités d'application ainsi que des tarifs correspondants,

**• 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)	.....	.....	.....	.....
1 <sup>er</sup> enfant	.....	.....	.....	.....
2 <sup>e</sup> enfant	.....	.....	.....	.....
3 <sup>e</sup> enfant	.....	.....	.....	.....
4 <sup>e</sup> enfant	.....	.....	.....	.....

**Santé (un seul choix possible)**

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)  
 Module 3 (Module 2 + soins dentaires)  
 Régime Santé  1<sup>er</sup> euro  Complément CFE  
 Zone de couverture  Zone A  Zone B  Zone C

**Cotisation annuelle 1**

..... €

Zone C : Afrique, Asie (sauf Japon, Taïwan, Hong-Kong, Singapour), Moyen Orient (sauf Israël)

Zone B : Zone C + Europe (sauf Suisse), Océanie, Amériques (sauf USA, Canada), Taïwan, Hong-Kong et Singapour

Zone A : Zone B + USA, Canada, Suisse, Israël et Japon

**• demande mon adhésion aux garanties Assistance et Responsabilité civile :**

**Assistance et Responsabilité Civile**

Zone de couverture  Zone A  Zone B  Zone C  
 Assistance  oui  non  
 Responsabilité Civile  oui  non

**Cotisation annuelle 2**

..... €  
 ..... €

**• demande mon adhésion aux garanties individuelles « Prévoyance » :**

**Prévoyance (un seul choix possible)**

Option décès  Essentiel (Capital 25 000 €)  Confort (Capital 50 000 €)  Excellence (Capital 100 000 €)  
 (en complément de la garantie frais médicaux (santé) – ne peut excéder 2 fois le revenu annuel brut déclaré)

**Cotisation annuelle 3**

..... €

**Désignation de bénéficiaire en cas de décès**

1<sup>re</sup> formule : j'opte pour la désignation type figurant ci-dessous.  
 En cas de décès, le capital sera attribué : au conjoint, non séparé de droit de l'assuré marié, à défaut, aux enfants de l'assuré nés ou à naître, par parts égales entre eux, la part du prédécédé revenant à ses propres enfants ou à ses frères et sœurs s'il n'a pas d'enfant, à défaut, les père et mère par parts égales entre eux, la part du prédécédé revenant au survivant, à défaut, aux héritiers.

2<sup>e</sup> formule : je n'opte pas pour la 1<sup>re</sup> formule et désigne comme bénéficiaire .....

Option incapacité/invalidité  Essentiel (Indemnités 25 €/jour)  Confort (Indemnités 50 €/jour)  Excellence (Indemnités 100 €/jour)  
 (en complément de la garantie décès – ne peut excéder 70% du revenu annuel brut déclaré)

..... €

Régime Prévoyance  1<sup>er</sup> euro  Complément CFE (sauf indemnités journalières vie privée)  
 Délai de carence  90 jours  180 jours

Je désire que cette adhésion prenne effet le ...../...../.....

Le montant de ma première cotisation annuelle **Santé 1** + **Assistance 2** + **Prévoyance 3** s'élève à : ..... € **4**

Les cotisations sont payables d'avance. **Frais annuels d'adhésion à l'Association AMI : 20 € par contrat.**

Mode de Paiement  chèque  prélèvement automatique  
 Périodicité  par année civil  par semestre civil  par trimestre civil  par mois (uniquement prélèvement automatique sur un compte bancaire domicilié dans une banque en France)

**Acompte :** je joins un chèque de ..... euros, à l'ordre de ACS, représentant la cotisation au prorata temporis entre la date d'effet et la première période civile d'assurance choisie + les frais d'adhésion de 20 €.

À ..... le .....

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

**Références de l'Intermédiaire**

Conformément aux termes de la loi n° 78-17 du 06.01.1978, l'Entreprise ou tout intéressé peut demander communication, rectification ou opposition de toute information le concernant. Ce droit peut être exercé en s'adressant à Allianz Vie. Ces informations sont nécessaires à la gestion des contrats par Allianz Vie et ses éventuels mandataires. Elles peuvent être utilisées en vue de la prospection par Allianz.

## 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<sup>er</sup> enfant :** Taille ..... m Poids ..... kg **2<sup>e</sup> enfant :** Taille ..... m Poids ..... kg

Veuillez répondre par oui ou non :

	Assuré	Conjoint	1 <sup>er</sup> enfant	2 <sup>e</sup> 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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Temps partiel 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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	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), maladies ostéo-articulaires (dont atteintes vertébrales et para-vertébrales), cancer, leucémie ou autre maladie du sang .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	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 12 prochains mois?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lesquelles? ..... Date de l'événement ..... 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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Motif et date .....

Je, soussigné, certifie exactes et sincères les informations générales ci-contre ainsi que les réponses aux questions médicales ci-dessus, n'ayant 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).

À ..... le .....

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

## AUTORISATION DE PRELEVEMENTS

J'autorise l'établissement teneur de mon compte à le débiter, si sa situation le permet, des prélèvements ordonnancés en mon nom par le créancier désigné ci-après. En cas de litige, je pourrai en faire suspendre l'exécution par simple demande à l'établissement teneur et je réglerai le différend directement avec le créancier.

**Organisme créancier :**      **ACS, Société de courtages d'assurances,  
153 rue de l'Université 75007, Paris - France**

Numéro national d'émetteur : 494888

### DEBITEUR

Nom et prénom du débiteur : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Pays : \_\_\_\_\_

### COMPTE A DEBITER

Code établissement : \_\_\_\_\_ Code guichet : \_\_\_\_\_

Numéro de compte : \_\_\_\_\_ Clé RIB, RIP, RICE : \_\_\_\_\_

### ETABLISSEMENT TENEUR DU COMPTE A DEBITER

Nom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Date :

Signature :

Prière de renvoyer à ACS cet imprimé, accompagné d'un relevé d'identité bancaire (R.I.B), postal (R.I.P.) ou de caisse d'épargne (R.I.C.E.)