

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

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

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)

• demande mon adhésion aux garanties individuelles « Prévoyance »

Prévoyance (un seul choix possible)

Cotisation annuelle

Revenu annuel brut en euros (si garanties prévoyance) _____ €

1 - 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)

Désignation du bénéficiaire en cas de décès

1^{re} formule : j'opte pour la désignation type figurant ci-dessous :

En cas de décès, le capital sera attribué : au conjoint, non séparé de corps 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 soeurs s'il n'a pas d'enfant, à défaut, aux père et mère de l'Assuré, par parts égales entre eux, la part du prédécédé revenant au survivant, à défaut, aux héritiers de l'Assuré.

2^e formule : je n'opte pas pour la 1^{re} formule et désigne comme bénéficiaire _____

2 - 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^{er} euro Complément CFE (sauf indemnités journalières vie privée)

Délai de carence 90 jours 180 jours

Le montant de ma première cotisation Santé (1) + Assistance (2) + Prévoyance (3) s'élève à _____ €

Cotisation annuelle

Je désire que cette adhésion prenne effet le

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

Mode de paiement : chèque prélèvement automatique virement bancaire prélèvement par CB

Périodicité : par année civile par semestre civil par trimestre civil par mois (uniquement prélèvement automatique sur un compte bancaire domicilié dans une banque en France).

Acompte : Je règle l'acompte de _____ euros à 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 € par :

chèque prélèvement automatique virement bancaire prélèvement par CB

A _____ 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 à la loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978, telle que modifiée par la loi du 6 août 2004, vous bénéficiez d'un droit d'accès, de modification, de rectification, de suppression et d'opposition relatif aux données vous concernant soit en adressant votre demande à Allianz – Informatique et Libertés – Case Courrier 1304 – Tour Neptune – 20, place de Seine – 92086 Paris La Défense Cedex.

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.

En fonction de votre choix de paiement, merci de compléter et de nous retourner l'autorisation de débit de carte bancaire ou l'autorisation de prélèvement accompagnée d'un relevé d'identité bancaire (RIB) ou de Caisse d'épargne (RICE).

AUTORISATION DE DÉBIT DE CARTE BANCAIRE

Je, soussigné(e), M., Mme, Mlle, _____, titulaire de la carte bancaire ci-dessous, autorise l'établissement teneur de mon compte à débiter sur ce dernier, si sa situation le permet, tous les prélèvements ordonnancés en mon nom par le créancier désigné ci-dessous. En cas de litige, je pourrai en faire suspendre l'exécution par simple demande à l'établissement teneur du compte et je réglerai le différend directement avec le créancier.

Nom, prénoms et adresse du titulaire de la carte à débiter Nom et Prénom _____ Adresse _____ Code postal [] [] [] [] [] [] Ville _____ Pays _____		N° Émetteur Banque 494888	Désignation de l'organisme créancier ACS Société de Courtages d'Assurances 153, rue de l'Université 75007 Paris - France
Désignation de la carte à débiter Type de carte : <input type="checkbox"/> Carte bleue <input type="checkbox"/> Visa <input type="checkbox"/> Mastercard <input type="checkbox"/> Eurocard <input type="checkbox"/> AMEX N° de carte [] Date de validité (mois/année) [] [] / [] [] N° de sécurité [] [] [] (3 chiffres figurant au verso)			
Périodicité choisie pour prélèvement : <input type="checkbox"/> annuel <input type="checkbox"/> semestriel <input type="checkbox"/> trimestriel <input type="checkbox"/> mensuel Date _____ Signature _____			

AUTORISATION DE PRÉLÈVEMENT

J'autorise l'établissement teneur de mon compte à prélever sur ce dernier, si sa situation le permet, tous les prélèvements ordonnancés en mon nom par le créancier désigné ci-dessous. En cas de litige, je pourrai en faire suspendre l'exécution par simple demande à l'établissement teneur du compte et je réglerai le différend directement avec le créancier.

Nom, prénoms et adresse du titulaire du compte à débiter Nom et Prénom _____ Adresse _____ Code postal [] [] [] [] [] [] Ville _____ Pays _____		N° Émetteur Banque 494888	Désignation de l'organisme créancier ACS Société de Courtages d'Assurances 153, rue de l'Université 75007 Paris - France												
Désignation du compte à débiter <table border="1"> <tr> <td colspan="2">Codes</td> <td colspan="2">Clé</td> </tr> <tr> <td>Établissement</td> <td>Guichet</td> <td>N° du compte</td> <td>RIB</td> </tr> <tr> <td>[] [] [] [] [] []</td> <td>[] [] [] [] [] []</td> <td>[] []</td> <td>[] []</td> </tr> </table>		Codes		Clé		Établissement	Guichet	N° du compte	RIB	[] [] [] [] [] []	[] [] [] [] [] []	[] []	[] []	Nom et adresse postale de l'établissement teneur du compte à débiter Nom _____ Adresse _____ Code postal [] [] [] [] [] [] Ville _____	
Codes		Clé													
Établissement	Guichet	N° du compte	RIB												
[] [] [] [] [] []	[] [] [] [] [] []	[] []	[] []												
Date _____ Signature _____		Très important : Prière de renvoyer cet imprimé à l'organisme créancier en y joignant obligatoirement un relevé d'identité bancaire (RIB) ou de caisse d'épargne (RICE).													