

Je, soussigné(e) _____ Nom usuel / marital _____ Prénom(s) _____

Né(e) le à _____ Nationalité _____Sexe : F MSituation maritale : célibataire marié(e) veuf(ve) divorcé(e) vie maritale Pacsé(e)

Adresse en France : _____

Adresse dans votre pays d’origine : _____

Téléphone : _____ Fax : _____ Email : _____

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	_____	_____	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
1 ^{er} enfant	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	_____	_____	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
2 ^e enfant	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	_____	_____	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
3 ^e enfant	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	_____	_____	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
4 ^e enfant	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	_____	_____	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
5 ^e enfant	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	_____	_____	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
6 ^e enfant	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	_____	_____	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

Au-delà du 6^eme enfant, donner les informations sur papier libre. Merci de fournir un certificat de scolarité pour les enfants de plus de 20 ans.

Santé (un seul choix possible)

Cotisation annuelle 1

Niveau de couverture :

- Garanties groupées * ** *** ****
- Régime Santé 1^{er} euro
- Zone de couverture France et Espace Economique Européen, hors Royaume-Uni

_____ €

• demande mon adhésion aux garanties Assistance et Responsabilité civile

Assistance et Responsabilité civile

Cotisation annuelle 2

Zone de couverture Monde entier sauf USA, Canada, Suisse, Israël, Japon, Hong Kong et Singapour

Assistance oui nonResponsabilité civile oui non

_____ €

_____ €

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

Questionnaire d'état de santé (document à imprimer)

Une réponse est attendue à chacune des questions. Vous pouvez nous communiquer sur papier libre tout complément d'information concernant votre état de santé. L'adhésion est subordonnée à notre acceptation médicale.

Merci de remplir un formulaire par personne et de nous envoyer autant de formulaires que de personnes à assurer. Pour télécharger un autre formulaire, merci de [cliquer ici](#).

NOM : _____ **PRENOM :** _____ **DATE DE NAISSANCE :**

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

PROFESSION : _____

- Quels sont vos : taille, poids, et tension artérielle habituelle ?

Taille _____ m Poids _____ kg Tension _____

- Quelle est votre consommation journalière d'alcool ? Bière : _____ verres / jour ; Vin : _____ verres / jour ; Spiritueux : _____ verres / jour

- Est-ce que vous fumez des cigarettes, cigares, pipes ? oui non Si oui, combien par jour ? Cigarettes _____ Cigares _____ Pipes _____

- Est-ce que vous êtes un ex-fumeur ? oui non Si oui, combien de temps avez-vous fumé ? _____ ans

- Depuis quand avez-vous arrêté de fumer et pourquoi ? _____

Veuillez répondre par OUI ou par NON

1- Etes-vous ou avez-vous été atteint d'une affection congénitale et / ou héréditaire ? oui non La quelle ? _____
Traitement : _____
Début : __ / __ / ____

2- Votre état de santé vous empêche-t-il d'exercer votre activité professionnelle ? oui non 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 ? oui non La quelle ?(les quelles) _____
Date(s) _____

4- Avez-vous suivi au cours des 5 dernières années ou suivez-vous actuellement un traitement médical (médicaments, acupuncture, kinésithérapie, appareillage, psychothérapie...), sauf contraception ? Avez-vous un diagnostic en cours ? oui non Si oui, le quel ? _____

5- Au cours des 5 dernières années, vous a-t-on prescrit un arrêt de travail y compris pendant moins de 24 heures, ou un traitement médical de plus de trois semaines ? oui non Pour quelles raisons ? _____
Nature et durée du traitement : _____

6- 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) ? oui non Date(s) _____
Joindre photocopies des compte rendus opératoires et /ou histologiques.

7- Au cours des 24 derniers mois, avez-vous eu des symptômes pour lesquels vous n'avez pas consulté de professionnel de santé, et qui auraient nécessité un traitement médical ? oui non Si oui, les quels ? _____

8- Prévoyez-vous dans les 6 prochains mois de passer des examens (analyses ou imagerie médicale, endoscopies...), consulter un médecin ou suivre un traitement médicochirurgical à l'hôpital ou en cabinet médical ? oui non Si oui, les quels ? _____

9- Au cours des dix dernières années, avez-vous présenté une ou plusieurs des affections suivantes ?
a) Hypertension, diabète, excès de cholestérol, accident vasculaire cérébral, affections concernant le cœur, les poumons et l'appareil circulatoire.
b) Allergies, difficultés respiratoires, emphysème, bronchites, pneumonies, apnée du sommeil, asthme.
c) Anxiété, vertiges, migraines, abus d'alcool ou de drogue, maladies neurologiques ou psychiatriques (y compris dépression). oui 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) et joindre les photocopies des rapports médicaux. _____

d) Gastrites, reflux, ulcère de l'intestin ou de l'estomac, hernies, affections du foie (hépatites, calculs biliaires...), et des voies urinaires, troubles de la prostate, des reins (insuffisance, lithiase, calculs...), thromboses

e) Sciatique, hernie, douleurs lombaires, rhumatismes, maladies ostéo-articulaires (dont atteintes vertébrales et para-vertébrales) arthrite, affections de la peau telles que kératose, mélanome.

f) Maladies hormonales, glandulaires, cancer, leucémie et autres maladies du sang.

g) Pour les femmes seulement : avez-vous eu durant les dix dernières années des troubles d'ordre gynécologique ?

h) Avez-vous eu d'autres problèmes médicaux non mentionnés dans ce questionnaire ?

Si oui, les quels : _____

10- Envisagez-vous une hospitalisation dans les douze prochains mois ?

oui non

Si OUI, indiquez la nature de cette hospitalisation

11- Avez-vous subi un test de dépistage de la séropositivité aux virus des hépatites ou à l'un des virus de l'immunodéficience humaine ?

oui non

Si OUI, indiquez la date, la nature du test, et le résultat :

12- Avez-vous des séquelles résultant d'une maladie ou d'un accident ?

oui non

Les quelles ? _____

13- Etes-vous atteint d'une infirmité ou titulaire d'une pension (civile ou militaire) d'invalidité ou d'une pension vieillesse ?

oui non

Nature de l'infirmité : _____
Catégorie (joindre notification) ou taux : _____

14- Etes-vous actuellement couvert par un contrat d'assurance Santé ou Vie?
Avez-vous par le passé été accepté à des conditions spéciales ou refusé(e)
au titre d'un contrat d'assurance Santé ou Vie?

oui non
 oui non

Ce document est à retourner au service médical d'ACS à (après en avoir fait une copie pour vous) : servicemedical@acs-ami.com

Je, soussigné(e), 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 pour le Code des assurances et L 221-14 pour le Code de la mutualité 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 et L 223-4 du Code de la mutualité).

À _____, le | | | | | | | |

Signature de la personne affiliée (ou de l'assuré principal pour les affiliés de moins de 18 ans) précédée de la mention « lu et approuvé » apposée de sa main, sans omettre de dater.

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 au correspondant CNIL de chaque Assureur dont les mentions légales figurent ci-dessous et dans votre notice d'information.

Pour les garanties frais de santé : MFPrévoyance, société Anonyme à Directoire et Conseil de Surveillance au capital de 81 773 850 euros. Régie par le code des assurances, RCS PARIS 507 648 053 siège social : 62, rue Jeanne d'Arc - 75013 PARIS.

Pour les garanties prévoyance : AWP Health & Life SA, Société Anonyme au capital de 65 190 446 €, régie par le Code des Assurances, dont le siège social est situé Tour Neptune - Case Postale 2513 - 20 place de Seine - 92086 Paris La Défense CEDEX, France, immatriculation 401 154 679 RCS Paris

Pour les garanties assistance/rapatriement : Allianz IARD, Société Anonyme au capital de 991.967.200 euros, régie par le Code des assurances, dont le siège social est situé 1 cours Michelet, CS 30051 – 92076 Paris La défense Cedex, France, immatriculation 542 110 291 RCS Nanterre

