

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)

• demande mon adhésion aux garanties individuelles « Prévoyance »

Prévoyance (un seul choix possible)

Cotisation annuelle 3 €

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 deux fois le revenu annuel brut déclaré)
Désignation du bénéficiaire en cas de décès
 1^{ère} 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, au partenaire de PACS ou concubin, 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, 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^{ère} formule et désigne comme bénéficiaire _____

 En optant pour cette formule, l'Assuré devra prévoir plusieurs bénéficiaires successifs et s'il souhaite une répartition exacte entre chaque bénéficiaire, indiquer la part revenant à chacun en terminant par « à défaut, mes héritiers ». À défaut d'option, la 1^{ère} formule est appliquée.
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
 Délai de carence 90 jours 180 jours

 Le montant de ma première cotisation **Santé (1) + Assistance (2) + Prévoyance (3)** s'élève à _____ €
Cotisation annuelle 4 €

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).

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

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

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 ou 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 40 115 4679 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

En fonction de votre choix de paiement, merci de compléter et de nous retourner l'autorisation de débit de carte bancaire ou le mandat de prélèvement accompagné 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		Désignation de l'organisme créancier	
Nom et Prénom _____ Adresse _____ Code postal [] [] [] [] [] [] Ville _____ Pays _____		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 _____			

Pour les paiements par prélèvement automatique, merci de compléter le mandat de prélèvement SEPA que vous trouverez ci-joint.

MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA

Les informations contenues dans le présent mandat, qui doit être complété, sont destinées à n'être utilisées par le créancier que pour la gestion de sa relation avec son client. Elles pourront donner lieu à l'exercice, par ce dernier, de ses droits d'oppositions, d'accès et de rectification tels que prévus aux articles 38 et suivants de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

<input type="text"/> référence unique du mandat (RUM)	Nom du créancier et logo  ACS Assurances Courtages et Services
--	---

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez le créancier à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et vous autorisez votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions du créancier.
Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Une demande de remboursement doit être présentée dans les 8 semaines après la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé.

*Veillez compléter le champs marqués **

Votre nom *
Nom / Prénoms du débiteur La longueur maximum pour un nom est de 70 caractères

Votre adresse *
Numéro et nom de la rue Cette ligne a une longueur maximum de 35 caractères

*
Code postal *Ville* *Pays*

Les coordonnées de votre compte *
Numéro d'identification international du compte bancaire - IBAN (International Bank Account Number)

*
Code International d'identification de votre banque - BIC (Bank Identifier Code)

Nom du créancier *
Nom du créancier

ICS *
Identification du créancier SEPA (ICS)

*
Numéro et nom de la rue

*
Code postal *Ville* *Pays*

Type de paiement * Paiement récurrent / répétitif Paiement ponctuel

Signé à *
Lieu *Date (JJ/MM/AAAA)*

Signature(s) * *Veillez signer ici* →

Nota Bene : Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque

Informations relatives au contrat entre le créancier et le débiteur - (fournies seulement à titre indicatif)

Code identifiant du débiteur
Indiquer ici tout code que vous souhaitez voir restitué par votre banque

Tiers débiteur pour le compte duquel le paiement est effectué (Si différent de débiteur lui-même)
Nom du tiers débiteur : si votre paiement concerne un accord passé entre le créancier et un tiers (par exemple, vous payez la facture d'une autre personne), veuillez indiquer ici son nom Si vous payez pour votre propre compte, ne pas remplir *Code identifiant du tiers débiteur*

Nom du tiers créancier : le créancier doit compléter cette section s'il remet des prélèvements pour le compte d'un tiers *Code identifiant du tiers créancier*

Contrat concerné
Description du contrat *Numéro d'identification du contrat*

À retourner à :	Zone réservée à l'usage exclusif du créancier
------------------------	--

Mod. 07.00.000948 - 11/2013 - MAJ DJ : 11/2013