

## Contrat ACS Health in Asia

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 passeport \_\_\_\_\_

### • demande mon adhésion aux garanties « 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 <sup>er</sup> enfant	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	_____	_____	_____
2 <sup>e</sup> enfant	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	_____	_____	_____
3 <sup>e</sup> enfant	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	_____	_____	_____
4 <sup>e</sup> enfant	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	_____	_____	_____

Contrat Santé	Cotisation annuelle <input type="text" value="1"/>
---------------	--

Formule choisie  Bronze  Silver  Gold

Franchise\*  Aucune  100 USD  500 USD  1 000 USD

Co-assurance\*  Aucune  10%  20%

\_\_\_\_\_ USD

Limite annuelle  500 000 USD  1 000 000 USD

Durée de la couverture  Viagère (Policy #011767/007)  Non viagère (Policy #011767/006)

Zone de couverture  Zone 1  Zone 2

Zone 1: Birmanie, Cambodge, Indonésie, Laos, Malaisie, Philippines, Taiwan, Thaïlande, Vietnam et pour les séjours de moins de 120 jours consécutifs dans un des pays de l'Espace Economique Européen (EEE) à l'exception de la Grande-Bretagne

Zone 2: Mêmes pays que Zone 1 plus la Grande-Bretagne pour les séjours de moins de 120 jours consécutifs

\* : Franchises et co-assurance disponibles uniquement sur les contrats Silver et Gold.

**IMPORTANT : La combinaison des options de la franchise et de la co-assurance n'est pas possible dans ce contrat**

### • demande mon adhésion aux garanties Assistance et Responsabilité civile

Assistance et Responsabilité civile - Contrat n° 78 931 579	Cotisation annuelle <input type="text" value="2"/>
---	--

Assistance  oui  non \_\_\_\_\_ USD

Responsabilité civile  oui  non \_\_\_\_\_ USD



## 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 :** \_\_\_\_\_ **E-MAIL :** \_\_\_\_\_

- Quels sont votre taille et votre poids ?

Taille \_\_\_\_\_ m Poids \_\_\_\_\_ kg

- 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 ?  oui  non Avez-vous un diagnostic en cours ?  
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?

oui  non

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

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 sanctions édictées par les articles L 113-8 et 9 du Code des assurances en cas de fausse déclaration, réticences ou inexactitudes sont la nullité du contrat ou la réduction de l'indemnité.

*Je suis conscient qu'en cas de déclaration fautive ou incomplète, l'assureur pourrait réduire ou refuser sa garantie.*

A \_\_\_\_\_, le | | | | | | | | | |

Lu et approuvé

\_\_\_\_\_  
Signature de la personne affiliée (ou de l'assuré principal pour les affiliés de moins de 18 ans)