

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 _____ €

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 CBPériodicité : 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 _____

Lu et Approuvé

Signature de la personne affiliée

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 en adressant une demande écrite à ACS - Informatique et Libertés, 153 rue de l'Université, 75007, Paris, FRANCE. Nous vous informons que les informations recueillies font l'objet de traitements destinés à la gestion de la présente demande. Ces traitements sont susceptibles d'être effectués par des prestataires dans ou hors d'Europe. Sauf opposition de votre part, vos données pourront aussi être utilisées dans un but de prospection pour les produits d'assurances que nous distribuons

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	Conjoint :	Taille	_____m	Poids	_____kg
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

Veillez 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	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<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	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<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	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<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	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<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	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<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	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<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	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<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	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<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	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<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	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<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 _____

Lu et Approuvé

Signature de la personne affiliée

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.

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
<p>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.</p> <p>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.</p>	

*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 *Code identifiant du tiers débiteur*
Si vous payez pour votre propre compte, ne pas remplir

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