





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 <sup>er</sup> enfant : | Taille | _____m | Poids | _____kg | 2 <sup>e</sup> enfant : | Taille | _____m | Poids | _____kg |
| 3 <sup>e</sup> enfant :  | Taille | _____m | Poids | _____kg | 4 <sup>e</sup> 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 <sup>er</sup> enfant                                       | 2 <sup>e</sup> enfant  | 3 <sup>e</sup> enfant  | 4 <sup>e</sup> 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<br><input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> oui<br><input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> oui<br><input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> oui<br><input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> oui<br><input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> oui<br><input type="checkbox"/> non | Temps partiels thérapeutique _____<br>Arrêt total du travail _____<br>Causes _____<br>_____   |
| 3 Avez-vous subi ou devez-vous subir une(des) intervention(s) chirurgicale(s), autres qu'appendicite, amygdales ou végétations ? _   | <input type="checkbox"/> oui<br><input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> oui<br><input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> oui<br><input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> oui<br><input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> oui<br><input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> oui<br><input type="checkbox"/> non | Laquelle (lesquelles) ? _____<br>Date(s) _____<br>_____   |
| 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<br><input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> oui<br><input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> oui<br><input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> oui<br><input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> oui<br><input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> oui<br><input type="checkbox"/> non | Pour quelles raisons ? _____<br>Nature et durée du traitement _____<br>_____  |
| 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<br><input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> oui<br><input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> oui<br><input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> oui<br><input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> oui<br><input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> oui<br><input type="checkbox"/> non | Lesquels ? _____<br>Date(s) _____<br>(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<br><input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> oui<br><input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> oui<br><input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> oui<br><input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> oui<br><input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> oui<br><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) _____<br>_____ |
| 7 Envisagez-vous une hospitalisation dans les douze prochains mois ? _____   | <input type="checkbox"/> oui<br><input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> oui<br><input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> oui<br><input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> oui<br><input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> oui<br><input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> oui<br><input type="checkbox"/> non | Si OUI, indiquez la nature de cette hospitalisation : _____<br>_____  |
| 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<br><input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> oui<br><input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> oui<br><input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> oui<br><input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> oui<br><input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> oui<br><input type="checkbox"/> non | Si OUI, indiquez :<br>Date _____<br>La nature du test _____<br>Le résultat _____  |
| 9 Avez-vous des séquelles résultant d'une maladie ou d'un accident ? _____   | <input type="checkbox"/> oui<br><input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> oui<br><input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> oui<br><input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> oui<br><input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> oui<br><input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> oui<br><input type="checkbox"/> non | Lesquelles ? _____<br>Date de l'événement _____<br>Nature _____<br>Date de consolidation _____<br>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<br><input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> oui<br><input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> oui<br><input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> oui<br><input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> oui<br><input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> oui<br><input type="checkbox"/> non | Nature de l'infirmité _____<br>Nature (pension ou rente) _____<br>_____<br>Catégorie _____ ou taux _____<br>(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<br><input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> oui<br><input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> oui<br><input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> oui<br><input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> oui<br><input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> oui<br><input type="checkbox"/> non | Motif et date _____<br>_____  |

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"/><br>référence unique du mandat (RUM)   | <b>Nom du créancier et logo</b><br> <b>Assurances Courtages et Services</b> |
| <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> |   |

*Veuillez 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) \* *Veuillez 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*

|                        |  |
|------------------------|--|
| <b>À retourner à :</b> | <b>Zone réservée à l'usage exclusif du créancier</b> |
|------------------------|--|