

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 de votre pays d'origine

Revenu annuel brut en euros (si garanties prévoyance)

Téléphone Fax E.mail

N° de Sécurité sociale le cas échéant N° de passeport

– après avoir pris connaissance des Dispositions Générales, du niveau des garanties et de leurs modalités d'application ainsi que des tarifs correspondants,

• 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)
1 ^{er} enfant
2 ^e enfant
3 ^e enfant
4 ^e enfant

Santé (un seul choix possible)

Niveau de couverture : choisir entre Garanties groupées et Garanties à la carte

– Garanties groupées Confort Excellence

ou

– Garanties à la carte

Module 1 (Hospitalisation)

Module 2 (Hospitalisation + frais médicaux + optique)

Module 3 (Module 2 + soins dentaires)

Régime Santé

1^{er} euro Complément CFE

Zone de couverture

Zone A Zone B Zone C

• demande mon adhésion aux garanties Assistance et Responsabilité civile :

Assistance et Responsabilité Civile

Zone de couverture Zone A Zone B Zone C

Assistance oui non

Responsabilité Civile oui non

• demande mon adhésion aux garanties individuelles « Prévoyance » :

Prévoyance (un seul choix possible)

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 de 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 droit 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 sœurs s'il n'a pas d'enfant, à défaut, les père et mère par parts égales entre eux, la part du prédécédé revenant au survivant, à défaut, aux héritiers.

2^e formule : je n'opte pas pour la 1^{re} formule et désigne comme bénéficiaire

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

Je désire que cette adhésion prenne effet le/...../.....

Le montant de ma première cotisation annuelle **Santé** [1] + **Assistance** [2] + **Prévoyance** [3] s'élève à : € [4]

Les cotisations sont payables d'avance. **Frais annuels d'adhésion à l'Association AMI : 20 € par contrat.**

Mode de Paiement chèque prélèvement automatique

Périodicité par année civil par semestre civil par trimestre civil par mois (uniquement prélèvement automatique sur un compte bancaire domicilié dans une banque en France)

Acompte : je joins un chèque de euros, à l'ordre de 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 €.

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

Conformément aux termes de la loi n° 78-17 du 06.01.1978, l'Entreprise ou tout intéressé peut demander communication, rectification ou opposition de toute information le concernant. Ce droit peut être exercé en s'adressant à AGF Vie. Ces informations sont nécessaires à la gestion des contrats par AGF Vie et ses éventuels mandataires. Elles peuvent être utilisées en vue de la prospection par le Groupe AGF.

Questionnaire d'état de santé (Document à imprimer)

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 Tension **Conjoint :** Taille m Poids kg Tension
1^{er} enfant : Taille m Poids kg **2^e enfant :** Taille m Poids kg

Veillez répondre par oui ou non :

	Assuré	Conjoint	1 ^{er} enfant	2 ^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? 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? 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? 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 ...)? 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), maladies ostéo-articulaires (dont atteintes vertébrales et para-vertébrales), cancer, leucémie ou autre maladie du sang 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 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? .. Si OUI, indiquez :
 Date
 La nature du test
 Le résultat

8 Avez-vous des séquelles résultant d'une maladie ou d'un accident? Lesquelles?
 Date de l'événement
 Nature
 Date de consolidation
 Séquelles

9 Êtes-vous atteint d'une infirmité ou titulaire d'une pension (civile ou militaire) d'invalidité ou d'une pension vieillesse? Nature de l'infirmité
 Nature (pension ou rente)
 Catégorie ou taux
 Joindre notification

10 Avez-vous été accepté(e) à des conditions spéciales ou refusé(e) au titre d'un contrat d'assurance sur la vie? Motif et date

Je, soussigné, 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 13/-/ du Code des assurances).

À le

Signature de la personne à assurer précédée de la mention « Lu et Approuvé » apposée de sa main, sans omettre de dater

AUTORISATION DE PRELEVEMENTS

J'autorise l'établissement teneur de mon compte à le débiter, si sa situation le permet, des prélèvements ordonnancés en mon nom par le créancier désigné ci-après. En cas de litige, je pourrai en faire suspendre l'exécution par simple demande à l'établissement teneur et je réglerai le différend directement avec le créancier.

Organisme créancier : **ACS, Société de courtages d'assurances,
153 rue de l'Université 75007, Paris - France**

Numéro national d'émetteur : 494888

DEBITEUR

Nom et prénom du débiteur : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Pays : _____

COMPTE A DEBITER

Code établissement : _____ Code guichet : _____

Numéro de compte : _____ Clé RIB, RIP, RICE : _____

ETABLISSEMENT TENEUR DU COMPTE A DEBITER

Nom : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Date :

Signature :

Prière de renvoyer à ACS cet imprimé, accompagné d'un relevé d'identité bancaire (R.I.B), postal (R.I.P.) ou de caisse d'épargne (R.I.C.E.)