

ASSOCIATION POUR LA MOBILITÉ INTERNATIONALE : Demande Individuelle d’Affiliation



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)

Cotisation annuelle **1**

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

..... €

Garanties groupées Essentiel Confort Excellence

Régime Santé 1^{er} euro

Zone B : France

Zone de couverture Zone B

• demande mon adhésion aux garanties Assistance et Responsabilité civile :

Assistance et Responsabilité Civile

Cotisation annuelle **2**

Zone de couverture Zone B (France)

Assistance oui non

Responsabilité Civile oui non

..... €

..... €

• demande mon adhésion aux garanties individuelles « Prévoyance » :

Prévoyance (un seul choix possible)

Cotisation annuelle **3**

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

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?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	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?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	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?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si OUI, indiquez : Date
--	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	----------------------------------

La nature du test

Le résultat

8 Avez-vous des séquelles résultant d'une maladie ou d'un accident?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	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?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	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?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Motif et date
---	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	---------------------

Je, soussigné, 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 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

