

FORMULAIRE D'ADHÉSION

1 INFORMATIONS SOUSCRIPTEUR

Raison Sociale (Nom) :

No de Police :

Date effective :

JJ - MM - AAAA

Adresse :

Département :

Ville :

Code Postal :

2 INFORMATIONS PERSONNELLES DE L'ADHÉRENT

Nom Complet :

ID :

NIF

No de Passeport

CIN (Joindre une pièce d'identité valide.)

Code de l'adhérent :

Profession :

Date de Naissance :

JJ - MM - AAAA

Date d'emploi :

JJ - MM - AAAA

Sexe :

M

F

Adresse :

Département :

Ville :

Code Postal :

Téléphone :

E-mail :

3 SPÉCIFICITÉS DE L'OFFRE

TYPES DE CONTRIBUTIONS

Capital de Départ :

% Salaire

% du salaire

Employeur

+ % du salaire

Employé

=

% Contribution total

Montant Salaire :

☐ HTG

☐ USD

Montant Forfaitaire

Montant de la Contribution :

☐ HTG

☐ USD

GARANTIES SOUHAITÉES

Epargne (obligatoire)

Décès (obligatoire)

Capital de la garantie Décès (USD) :

1 000

5 000

20 000

40 000

3 000

10 000

30 000

50 000

N.B. : Veuillez répondre au questionnaire médical ci-dessous, requis pour la garantie décès.

Perte Totale ou Irréversible d'Autonomie (PTIA)

Signature de l'Adhérent

Signature du Souscripteur

4 QUESTIONNAIRE MÉDICAL

OUI NON

- 1—Êtes-vous suivi pour une affection cardio-vasculaire, cérébrale, rénale ou oncologique? Si oui, précisez l'affection et la durée du suivi.
- 2 – Consommez vous des substances addictives ou des drogues illicites?
- 3- Suivez vous un traitement médical? Si oui, précisez l'affection et la durée du suivi.
- 4- Pratiquez vous une activité extrême? Si oui, laquelle?

No Quest	Conditions / Diagnostics / Traitements passés et actuels / Date de traitement.	Nom, Téléphones Médecins et Hôpitaux

5 BÉNÉFICIAIRES EN CAS DE DÉCÈS

*Veuillez préciser le pourcentage que recevra chacun des bénéficiaires en considérant que la somme totale devra être égale à 100%.
Les liens admissibles sont: Epoux(se), Fils/Fille, Ami (e), Concubin (e), Beau-Fils (Belle-Fille), Mère/Père, Frère/Sœur, Cousin(e), Autres...

Bénéficiaires Principaux :

Nom et Prénom	Date de Naissance	Adresse	Téléphone	Lien de parenté	%
	JJ - MM - AAAA				
	JJ - MM - AAAA				
	JJ - MM - AAAA				
	JJ - MM - AAAA				

La Somme doit être égale à 100%

TOTAL

Bénéficiaires contingents :

Nom et Prénom	Date de Naissance	Adresse	Téléphone	Lien de parenté	%
	JJ - MM - AAAA				

La Somme doit être égale à 100%

TOTAL

Fait à :

Le :

JJ - MM - AAAA

Signature de l'Adhérent

Signature du Souscripteur

6 DECLARATION SUR L'HONNEUR ET CONSENTEMENTS DE L'ADHÉRENT/ASSURÉ

Je soussigné(e), _____, déclare que toutes les informations fournies dans le présent formulaire sont exactes et sincères. Je certifie avoir communiqué toutes les informations pertinentes concernant ma situation personnelle dans le cadre de cette adhésion au Plan d'Assurance Retraite (PAR).

J'accepte que toute omission, inexactitude ou information incomplète puisse entraîner le rejet d'une demande de prestation ou l'annulation de mon adhésion. Je reconnais que ce formulaire constitue la base des garanties liées au contrat du PAR.

J'accepte de mandater le Souscripteur pour souscrire en mon nom au Plan d'Assurance Retraite (PAR) auprès de la Alternative Insurance Company (AIC) et agir en tant qu'intermédiaire entre moi et la AIC pour la gestion administrative de mon adhésion ainsi que pour la transmission des informations nécessaires. Dans le cadre de l'exécution du contrat, le Souscripteur est également habilité à effectuer toutes démarches requises, conformément aux conditions définies par la AIC et le Souscripteur.

J'autorise mon employeur à déduire de mon salaire les contributions requises, le cas échéant, pour financer ma participation au PAR géré par la AIC. Je comprends et accepte que les conditions de mon adhésion, y compris le montant de mes contributions et leur périodicité, sont définies par le contrat du PAR auquel j'adhère.

Je consens à ce que la AIC et le Souscripteur traitent mes données personnelles dans le cadre de la gestion du PAR, conformément aux dispositions contractuelles et aux réglementations applicables. J'accepte également de recevoir des notifications, documents et communications de la AIC et du Souscripteur par voie électronique.

Je reconnais que ma participation au PAR est soumise aux dispositions contractuelles en vigueur ainsi qu'à leurs éventuelles mises à jour, sous réserve d'une notification préalable conformément aux conditions générales du contrat.

Je comprends que toute demande de rachat anticipé peut être soumise à des pénalités de rachat et à des prélèvements fiscaux ou sociaux, selon la réglementation en vigueur.

Je m'engage à informer la AIC dans les plus brefs délais de toute modification de mes informations personnelles ou de ma situation professionnelle.

Je reconnais avoir reçu et lu les dispositions particulières destinées à l'adhérent PPARDG-01-202501 et accepte, en signant le formulaire d'adhésion PPARAP-01-202501, les conditions y afférentes.

Veillez imprimer le formulaire pour la signature et nous le transmettre physiquement au 3 rue Jean Gilles, Blvd Toussaint Louverture; ou par courrier électronique à vie@aic.ht

Fait à :

Le :

JJ - MM - AAAA

Signature de l'Adhérent

Signature du Souscripteur