



Capital Diagnostic et Convalescence

Un accompagnement financier pour vous concentrer sur votre guérison



Une protection
complète pour
toute la famille

LE SOUTIEN FINANCIER DONT VOUS AVEZ BESOIN POUR NE PENSER QU'À RÉCUPÉRER AU PLUS VITE

American Express a développé pour vous **Capital Diagnostic et Convalescence**, une protection complète pour vous accompagner en cas de maladie grave. Cette garantie intervient durant les 3 étapes essentielles de votre traitement :

- Suite au diagnostic d'un cancer, AVC ou d'une crise cardiaque, un capital vous sera versé.
- En cas d'hospitalisation, un forfait quotidien vous sera versé.
- Enfin, pour vous soutenir lors de votre convalescence bénéficiez d'un accompagnement financier.

EN FONCTION DE L'OPTION CHOISIE, BÉNÉFICIEZ...

- En cas de diagnostic d'une maladie grave, versement d'un capital pouvant aller jusqu'à 30 000 €
- En cas d'hospitalisation suite au diagnostic, versement d'un forfait quotidien jusqu'à 150 €/jour (maximum 100 jours)
- Lors de votre convalescence, versement d'un forfait allant jusqu'à 3 000 €
- De la garantie Enfant incluse jusqu'à leurs 20 ans
- D'une couverture mondiale 24 h / 24, 7 j / 7
- D'une couverture jusqu'à votre 79ème anniversaire
- D'une souscription simple et rapide sans questionnaire médical

UN NIVEAU DE GARANTIES ADAPTÉ À VOS BESOINS

	Capital Diagnostic	Forfait quotidien hospitalisation	Forfait Convalescence	Garantie Enfant incluse
Option 1	10 000 €	50 € / jour	1 000 €	1 000 €
Option 2	20 000 €	100 € / jour	2 000 €	2 000 €
Option 3	30 000 €	150 € / jour	3 000 €	3 000 €

Tous les montants versés sont libres d'utilisation, non imposables et s'ajoutent à toutes les couvertures (Sécurité Sociale, mutuelle, etc.) que vous pouvez percevoir ailleurs. Vous pouvez les utiliser comme bon vous semble : aide à domicile, dépassement d'honoraires, séjour de remise en forme,...).

SOUSCRIPTION

Capital Diagnostic et Convalescence est une assurance complète dont la souscription est simple et rapide, sans questionnaire de santé, ni visite médicale. Vous pouvez souscrire de 18 à 65 ans et restez assuré, si vous le souhaitez, jusqu'à 79 ans. Vous bénéficiez d'une **cotisation avantageuse à partir de 2,05 € par mois** qui couvre également gratuitement vos enfants jusqu'à leur 20 ans.

**Pour plus de détails concernant ces prestations et pour consulter les exclusions,
reportez-vous aux Conditions Générales.**

 SERVICE CLIENTÈLE ASSURANCES : 01 47 77 74 64 - Choix 2 du
lundi au vendredi de 9h à 18h.
www.americanexpress.fr/assurances

CHUBB®





Capital Diagnostic et Convalescence

Un accompagnement financier pour vous concentrer sur votre guérison

BULLETIN DE SOUSCRIPTION

1/2

**A retourner sous enveloppe, sans l'affranchir, à : American Express Carte-France
Service Assurances - Libre réponse 13 189 - 92509 Rueil-Malmaison Cedex**

☒ **Oui**, je souhaite bénéficier du contrat « Capital Diagnostic et Convalescence » qui garantit le versement d'un capital Diagnostic, un forfait quotidien et un forfait convalescence et un capital pour chaque enfant assuré. J'ai bien noté que ma cotisation évoluera à chaque changement de tranche d'âge.

Offre réservée aux titulaires de carte American Express et à leur Partenaire pacsé ou concubin âgés de 18 à 65 ans, leur(s) enfant(s) âgé(s) de 1 mois à 20 ans, résidant en France métropolitaine, ou dans un Département et Région d'Outre-mer (Martinique, Guadeloupe, Guyane, La Réunion, Mayotte), à Saint-Barthélemy, Saint Pierre-et-Miquelon, ou à Saint Martin.

Vous :

Mon numéro de carte American Express :

Nom _____

Prénom _____

Date de naissance (jj/mm/aa) ____/____/____

Option choisie _____

Adresse _____

Code Postal _____

Ville _____

E-mail⁽²⁾ _____

Téléphone personnel _____

Téléphone professionnel _____

Votre Partenaire pacsé ou concubin (si assuré(e)) :

Nom _____

Prénom _____

Date de naissance (jj/mm/aa) ____/____/____

Vos enfants (Âgés de 1 mois à 20 ans):

1^{er} enfant :

Nom _____

Prénom _____

Date de naissance (jj/mm/aa) ____/____/____

2^{ème} enfant :

Nom _____

Prénom _____

Date de naissance (jj/mm/aa) ____/____/____

3^{ème} enfant :

Nom _____

Prénom _____

Date de naissance (jj/mm/aa) ____/____/____

(2) Si vous fournissez votre adresse électronique à Chubb European Group SE et American Express Carte-France, nous pourrions ainsi vous envoyer des offres personnalisées par e-mail, vous informant sur votre contrat, nos produits et services ou sur toute nouveauté. Vous pouvez à tout moment nous demander de ne plus recevoir de communications par e-mail, sur simple courrier de votre part auprès de Chubb European Group SE (adresse : La Tour Carpe Diem, 31 Place des Corolles, Esplanade Nord, 92400 Courbevoie).

**SERVICE CLIENTÈLE ASSURANCES : 01 47 77 74 64 - Choix 2 du
lundi au vendredi de 9h à 18h.
www.americanexpress.fr/assurances**

CHUBB®





Capital Diagnostic et Convalescence

Un accompagnement financier pour vous concentrer sur votre guérison

(Champ réservé à American Express)

2/2

TABEAU DES COTISATIONS/GARANTIES DE « CAPITAL DIAGNOSTIC ET CANVALESCENCE » :

Merci de cocher la case correspondant à l'option de votre choix (Pour une formule couple, la cotisation appliquée sera la somme des deux options choisies)

	Cotisation mensuelle par assuré, selon sa tranche d'âge									
	18-29 ans	30-39 ans	40-44 ans	45-49 ans	50-54 ans	55-59 ans	60-64 ans	65-69 ans	70-74 ans	75-79 ans
Option 1 : jusqu'à 10 000 € versés	<input type="checkbox"/> 2,05 €	<input type="checkbox"/> 5,12 €	<input type="checkbox"/> 15,33 €	<input type="checkbox"/> 23,65 €	<input type="checkbox"/> 35,70 €	<input type="checkbox"/> 49,72 €	<input type="checkbox"/> 64,67 €	<input type="checkbox"/> 88,94 €	<input type="checkbox"/> 112,66 €	<input type="checkbox"/> 130,61 €
Option 2 : jusqu'à 20 000 € versés	<input type="checkbox"/> 4,10 €	<input type="checkbox"/> 10,23 €	<input type="checkbox"/> 30,68 €	<input type="checkbox"/> 47,30 €	<input type="checkbox"/> 71,38 €	<input type="checkbox"/> 99,43 €	<input type="checkbox"/> 129,34 €	<input type="checkbox"/> 177,86 €	<input type="checkbox"/> 225,34 €	<input type="checkbox"/> 261,24 €
Option 3 : jusqu'à 30 000 € versés	<input type="checkbox"/> 5,23 €	<input type="checkbox"/> 13,04 €	<input type="checkbox"/> 39,12 €	<input type="checkbox"/> 60,30 €	<input type="checkbox"/> 91,00 €	<input type="checkbox"/> 126,78 €	<input type="checkbox"/> 164,91 €	<input type="checkbox"/> 226,78 €	<input type="checkbox"/> 287,30 €	<input type="checkbox"/> 333,08 €

En cas de souscription par courrier, la garantie prend effet à la date de réception par l'Assureur de la demande de souscription. Le contrat est conclu pour une durée d'un an à compter de sa date d'effet. Il est reconduit automatiquement par période d'un an et vous pourrez le résilier conformément à la réglementation, par courrier directement auprès de notre assureur et à tout moment après la première période de garantie d'un an. Tarifs unisexes, en âge atteint (Changement de cotisation à chaque changement de tranches d'âges)

Je donne l'autorisation à Chubb European Group SE de débiter mon compte-carte American Express du montant des cotisations.

Je reconnais avoir pris connaissance et accepté le Document d'information sur le produit d'assurance (DIPA) et les Conditions Générales de cette assurance.

Vous disposez d'un délai de 30 jours calendaires suivant votre souscription pour renoncer à celle-ci et être intégralement remboursé(e) des sommes éventuellement versées, sous réserve que vous n'ayez pas expressément demandé l'indemnisation d'un sinistre au cours de cette période, en adressant un courrier à Chubb European Group SE dont l'adresse figure dans vos Conditions Générales.

Je reconnais avoir pris connaissance des Conditions Générales et déclare les accepter expressément.

Date et signature du titulaire :

Date

Date et signature du Partenaire pacsé ou concubin (si assuré) :

Date

Ces informations sont nécessaires au traitement de votre demande et à la gestion de nos relations commerciales, elles ne sont destinées qu'à American Express Carte-France, Chubb European Group SE, leurs mandataires, réassureurs, prestataires et organismes professionnels concernés. Vous disposez d'un droit d'accès et de rectification ou opposition sur demande auprès de Chubb European Group SE.

American Express Carte-France, société de courtage d'assurances, sélectionne des assureurs et présente des produits d'assurance optionnels. En tant que courtier, elle perçoit des commissions qui peuvent varier selon le produit ou l'assureur. Par ailleurs, une société du groupe American Express peut parfois intervenir en qualité d'assureur ou de réassureur et percevoir une rémunération à ce titre. Les accords passés avec certains assureurs, y compris les accords de réassurance, sont susceptibles d'influencer le choix des produits que nous sélectionnons. Vous êtes libre de choisir ou non les produits proposés par American Express Carte-France pour couvrir vos besoins en assurance.

Chubb European Group SE - Entreprise régie par le Code des assurances, au capital social de 896 176 662 euros, sise La Tour Carpe Diem, 31 Place des Corolles, Esplanade Nord, 92400 Courbevoie, immatriculée au RCS de Nanterre sous le numéro 450 327 374. Chubb European Group SE est soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) située 4, Place de Budapest, CS92459, 75436 PARIS CEDEX 09.

American Express Carte-France - SA au capital de 77 873 000 euros. R.C.S. Nanterre n° 313 536 898 dont le siège social est : Bâtiment Voyager, 8-10 rue Henri Sainte-Claire Deville, 92500 RUEIL MALMAISON - France Etablissement de paiement agréé par l'ACPR, consultable sur le site www.regafi.fr Société immatriculée en tant que Courtier en assurance auprès de l'ORIAS sous le numéro 07 023 512 (www.orias.fr). Assurance de Responsabilité Civile Professionnelle conformes aux Articles L.512-6 et L.512-7 du Code des Assurances.

Les éventuelles réclamations sont à adresser soit au siège social d'American Express, soit auprès de l'assureur concerné. Vous avez également la possibilité de vous adresser à La Médiation de l'Assurance - TSA 50110 - 75441 Paris Cedex 09 - Site internet www.mediation-assurance.org.

SERVICE CLIENTÈLE ASSURANCES : 01 47 77 74 64 - Choix 2 du lundi au vendredi de 9h à 18h.
www.americanexpress.fr/assurances

CHUBB®





Mise à jour automatique de votre Carte American Express

Pour assurer la continuité de vos paiements (par exemple si votre carte arrive à expiration ou est remplacée), American Express Carte France vous propose un service de mise à jour automatique des données de votre carte, en cas de changement de celles-ci, servant au paiement de vos cotisations d'assurance. Ce traitement repose sur votre consentement, que vous pouvez à tout moment retirer, à l'aide du formulaire en ligne ou en nous appelant au numéro 01 47 77 74 64 (choix 2). Si vous ne souhaitez pas consentir, veuillez noter que vous devrez procéder vous-même à une mise à jour de votre moyen de paiement en contactant l'assureur dans les plus brefs délais conformément aux Conditions Générales applicables à votre police d'assurance.

Afin de continuer sans disruption le paiement de vos cotisations. Pour en savoir plus sur le traitement de vos données personnelles, ainsi que l'exercice de vos droits, vous pouvez consulter la Politique de Protection des Données Personnelles à l'attention des Titulaires de Cartes sur notre site internet.

Ainsi, autorisez-vous American Express Carte France à procéder à la mise à jour automatique des données de votre carte American Express, en cas de changement de celles-ci, servant au paiement des cotisations de votre police d'assurance ?

Oui ☐ Non ☐

