



Life Premium

Protégez vos proches en toutes circonstances



LA SÉCURITÉ EN TOUTE LIBERTÉ

1/8

American Express a développé pour vous **Life Premium**, une protection efficace en cas de décès toutes causes (accident ou maladie) ou en cas de perte totale et irréversible d'autonomie.

BÉNÉFICIEZ...

- **Du versement d'un capital pouvant aller jusqu'à 250 000€** en cas de décès par accident ou maladie, ou en cas de perte totale et irréversible d'autonomie.
- **D'une assistance téléphonique** pour vous accompagner, vous ou vos proches, dans les différentes démarches à entreprendre.
- **D'une couverture 7j/7, 24h/24**, que ce soit à votre domicile, pendant vos loisirs ou bien sur votre lieu de travail, partout dans le monde.
- **D'aucun délais de carence**, vous êtes couvert à compter du jour de paiement de votre première cotisation.
- **D'une cotisation à partir de 14€/mois.**

UN NIVEAU DE GARANTIES ADAPTÉ À VOS BESOINS

Niveau de garanties	Capital ⁽¹⁾ en cas de décès par accident ou maladie ou en cas de perte totale et irréversible d'autonomie
Option 1	100 000 €
Option 2	150 000 €
Option 3	175 000 €
Option 4	200 000 €
Option 5	250 000 €

Ces garanties pourront protéger vos proches de tout imprévu. Le capital est totalement exonéré d'impôts et de droits de succession⁽²⁾ et s'ajoute à toute autre indemnité (assurance vie, déblocage d'épargne) : de quoi permettre à votre ou vos bénéficiaires de mieux répondre à leurs besoins à moyen et long terme (remboursement d'emprunts, financement des études...).

SOUSCRIPTION

Life Premium est une assurance complète, dont la souscription est simple avec un questionnaire de santé de 8 questions qui ne nécessite pas la présence d'un médecin pour le compléter. Vous pouvez souscrire de 18 à 60 ans et vous restez assuré jusqu'à 75 ans. **Vous bénéficiez d'une cotisation avantageuse à partir de 14 €** par mois avec en plus la possibilité pour votre conjoint de s'assurer.

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

(1) Selon l'option choisie.

(2) Conformément à la réglementation fiscale en vigueur.



Life Premium

Protégez vos proches en toutes circonstances

WEB

3/8

BULLETIN DE SOUSCRIPTION TITULAIRE

- 1 - Retournez les deux pages suivantes sous enveloppe non affranchie à : Chubb Life Europe SE à l'attention du médecin conseil – Libre Réponse 63411 – 92409 Courbevoie Cedex
- 2 - Après étude de votre dossier, notre médecin conseil vous adressera votre confirmation de souscription avec vos Conditions Particulières et les Conditions Générales.
- 3 - Vous serez couvert à compter du jour de paiement de votre première cotisation.

Oui, je souhaite souscrire au contrat « Life Premium American Express » qui garantit, dès l'acceptation par Chubb Life Europe SE, de ma demande de souscription, le versement d'un capital à mes bénéficiaires en cas de décès quelle qu'en soit la cause⁽³⁾ (survenant avant l'âge de 75 ans moyennant le règlement des cotisations mensuelles). Offre réservée aux titulaires de carte et à leur Partenaire pacsé et concubin (faisant l'objet d'une demande de souscription séparée, feuillet Bulletin de souscription Partenaire pacsé et concubin âgé(e)s de 18 à 60 ans résidant en France Métropolitaine, Corse incluse, et ayant chacun une carte American Express à leur nom).

Vous :

Mon numéro de carte American Express :

Nom

Prénom

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

Adresse

Code Postal Ville

E-mail⁽⁴⁾

Téléphone personnel

Téléphone professionnel

Non fumeur, je coche la case ci-contre

Je déclare n'avoir pas fait usage d'un des produits suivants au cours des 24 derniers mois : cigarettes, cigarillos, cigares, gommes contenant de la nicotine, tabac à mâcher ou autre produit du tabac ou contenant de la nicotine.

Capital garanti : 100 000 € 150 000 € 175 000 € 200 000 € 250 000 €

Cotisation* , €

Votre bénéficiaire 1 :

Nom

Prénom

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

Votre bénéficiaire 2 :

Nom

Prénom

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

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.

(3) Sous réserve des exclusions précisées dans les Conditions Générales.

(4) Si vous fournissez votre adresse électronique à Chubb Life Europe SE et American Express Carte-France, nous pourrons ainsi vous envoyer des offres personnalisées par email, 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 Life Europe SE (adresse : La Tour Carpe Diem - 31 Place des Corolles, Esplanade Nord - 92400 Courbevoie Cedex).

* Veuillez vous reporter au tableau des cotisations ci-après.

SERVICE CLIENTÈLE ASSURANCES : 01 47 77 74 64 - Choix 2

du lundi au vendredi de 9h à 19h.

www.americanexpress.fr/assurances



CHUBB®

AMERICAN
EXPRESS



Life Premium

Protégez vos proches en toutes circonstances

4/8

QUESTIONNAIRE DE SANTÉ OBLIGATOIRE ET STRICTEMENT CONFIDENTIEL, DESTINÉ À NOTRE MÉDECIN CONSEIL

Titulaire	
1. Êtes-vous actuellement en incapacité de travail pour une raison médicale?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
2. Êtes-vous atteint d'une maladie nécessitant un traitement régulier et la délivrance d'une ordonnance médicale ou un contrôle régulier auprès de votre médecin traitant au moins une fois tous les trois mois y compris les services de médecine générale en ligne ou les services de consultation par téléphone ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
3. Bénéficiez-vous d'une rente d'invalidité de la part de la Sécurité Sociale ou d'un organisme similaire ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
4. Êtes-vous pris en charge à 100 % par la Sécurité Sociale pour une maladie chronique ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
5. Avez-vous été hospitalisé à cause d'une maladie durant les douze derniers mois ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
6. Avez-vous été traité, opéré ou hospitalisé, au cours des cinq dernières années, pour : <ul style="list-style-type: none">• un cancer• ou une maladie du cœur ou des artères coronaires	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
7. Avez-vous été traité, au cours des cinq dernières années, pour une dépression nerveuse ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
8. Devez-vous, à votre connaissance, être prochainement hospitalisé ou êtes-vous dans l'attente de résultats d'examens médicaux ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
9. Au cours du dernier mois, avez-vous eu de la fièvre, de la température ou une toux persistante ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

Je reconnais qu'une fausse déclaration intentionnelle ou réticence peut entraîner la nullité de mon contrat conformément aux articles L113-8 et L113-9 du Code des Assurances.

Je donne l'autorisation à Chubb Life Europe SE de débiter ma Carte American Express du montant des cotisations.

Je dispose d'un délai de réflexion de 30 jours pour étudier les dispositions de mon contrat (Tableau des garanties, Conditions Particulières et Conditions Générales) à réception de celui-ci. Durant ce délai, je pourrai par l'envoi d'une lettre à Chubb Life Europe SE - 31 place des Corolles 92400 Courbevoie Cedex, Service client CS 70207 27502 Pont Audemer Cedex renoncer à ma souscription et être intégralement remboursé(e) des sommes éventuellement versées.

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

Date et signature du titulaire :

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 Life Europe 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 Life Europe 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 peutparfois 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.

ACE Europe Life SE, a Chubb company - Chubb Life Europe SE - entreprise régie par le Code des assurances, au capital social de 6 127 501 euros, siège La Tour Carpe Diem, 31 Place des Corolles, Esplanade Nord, CS 60140, 92098 PARIS LA DEFENSE Cedex, immatriculée au RCS de Nanterre sous le numéro 497 825 539. Chubb Life Europe SE est soumise à l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) située 4, Place de Budapest, CS 92459,75436 PARIS CEDEX 09

American Express Carte-France - Société Anonyme, au capital de 77 873 000 € - RCS Nanterre B 313 536 898 - Siège Social : 8-10 rue Henri Sainte-Claire Deville, CS 60 182, 92506 Rueil-Malmaison Cedex France. Assurance de Responsabilité Civile Professionnelle conformes aux Articles L512-6 et L512-7 du Code des Assurances. Société immatriculée en tant qu'intermédiaire en assurance auprès de l'ORIAS (Organisme pour le Registre des Intermédiaires en Assurance, 1 rue Jules Lefebvre - 75311 Paris Cedex 09) sous le numéro 07023512 - (<http://www.orias.fr>), et soumise au contrôle de l'ACPR (Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution - 4 Place de Budapest, CS 92459, 75436 Paris Cedex 09).

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 19h.

www.americanexpress.fr/assurances

CHUBB®

**AMERICAN
EXPRESS**



Life Premium

Protégez vos proches en toutes circonstances



5/8

BULLETIN DE SOUSCRIPTION CONJOINT

- 1 - Retournez les deux pages suivantes sous enveloppe non affranchie à : ACE Europe Life SE, a Chubb company à l'attention du médecin conseil – Libre Réponse 63411 – 92409 Courbevoie Cedex
- 2 - Après étude de votre dossier, notre médecin conseil vous adressera votre confirmation de souscription avec vos Conditions Particulières et les Conditions Générales.
- 3 - Vous serez couvert à compter du jour de paiement de votre première cotisation.

Oui, je souhaite souscrire au contrat « Life Premium American Express » qui garantit, dès l'acceptation par Chubb Life Europe SE, de ma demande de souscription, le versement d'un capital à mes bénéficiaires en cas de décès quelle qu'en soit la cause⁽³⁾ (survenant avant l'âge de 75 ans moyennant le règlement des cotisations mensuelles). Offre réservée aux titulaires de carte et à leur Partenaire pacé et concubin (faisant l'objet d'une demande de souscription séparée, feuillet Bulletin de souscription), Partenaire pacé et concubin âgé(e)s de 18 à 60 ans résidant en France Métropolitaine, Corse incluse, et ayant chacun une carte American Express à leur nom.

Vous :

Mon numéro de carte American Express :

Prénom

Nom

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

Adresse

Code Postal Ville

E-mail⁽⁴⁾

Téléphone personnel

Téléphone professionnel

Non fumeur, je coche la case ci-contre

Je déclare n'avoir pas fait usage d'un des produits suivants au cours des 24 derniers mois : cigarettes, cigarillos, cigares, gommes contenant de la nicotine, tabac à mâcher ou autre produit du tabac ou contenant de la nicotine.

Capital garanti : 100 000 € 150 000 € 175 000 € 200 000 € 250 000 €

Cotisation* , €

Votre bénéficiaire 1 :

Nom Prénom

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

Votre bénéficiaire 2 :

Nom Prénom

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

(3) Sous réserve des exclusions précisées dans les Conditions Générales.

(4) Si vous fournissez votre adresse électronique à Chubb Life Europe SE et American Express Carte-France, nous pourrons ainsi vous envoyer des offres personnalisées par email, 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 Life Europe SE (adresse : La Tour Carpe Diem - 31 Place des Corolles, Esplanade Nord - 92400 Courbevoie Cedex).

* Veuillez vous reporter au tableau des cotisations ci-après.

SERVICE CLIENTÈLE ASSURANCES : 01 47 77 74 64 - Choix 2

du lundi au vendredi de 9h à 19h.

www.americanexpress.fr/assurances



CHUBB





Life Premium

Protégez vos proches en toutes circonstances

6/8

QUESTIONNAIRE DE SANTÉ OBLIGATOIRE ET STRICTEMENT CONFIDENTIEL, DESTINÉ À NOTRE MÉDECIN CONSEIL

Titulaire	
1. Êtes-vous actuellement en incapacité de travail pour une raison médicale?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
2. Êtes-vous atteint d'une maladie nécessitant un traitement régulier et la délivrance d'une ordonnance médicale ou un contrôle régulier auprès de votre médecin traitant au moins une fois tous les trois mois y compris les services de médecine générale en ligne ou les services de consultation par téléphone ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
3. Bénéficiez-vous d'une rente d'invalidité de la part de la Sécurité Sociale ou d'un organisme similaire ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
4. Êtes-vous pris en charge à 100 % par la Sécurité Sociale pour une maladie chronique ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
5. Avez-vous été hospitalisé à cause d'une maladie durant les douze derniers mois ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
6. Avez-vous été traité, opéré ou hospitalisé, au cours des cinq dernières années, pour : <ul style="list-style-type: none">• un cancer• ou une maladie du cœur ou des artères coronaires	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
7. Avez-vous été traité, au cours des cinq dernières années, pour une dépression nerveuse ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
8. Devez-vous, à votre connaissance, être prochainement hospitalisé ou êtes-vous dans l'attente de résultats d'examens médicaux ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
9. Au cours du dernier mois, avez-vous eu de la fièvre, de la température ou une toux persistante ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

Je reconnais qu'une fausse déclaration intentionnelle ou réticence peut entraîner la nullité de mon contrat conformément aux articles L113-8 et L113-9 du Code des Assurances.

Je donne l'autorisation à Chubb Life Europe SE de débiter ma Carte American Express du montant des cotisations.

Je dispose d'un délai de réflexion de 30 jours pour étudier les dispositions de mon contrat (Tableau des garanties, Conditions Particulières et Conditions Générales) à réception de celui-ci. Durant ce délai, je pourrai par l'envoi d'une lettre à Chubb Life Europe SE - 31 place des Corolles 92400 Courbevoie Cedex, Service client CS 70207 27502 Pont Audemer Cedex renoncer à ma souscription et être intégralement remboursé(e) des sommes éventuellement versées.

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

Date et signature du titulaire :

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 Life Europe 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 Life Europe 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 peutparfois 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.

ACE Europe Life SE, a Chubb company - Chubb Life Europe SE - entreprise régie par le Code des assurances, au capital social de 6 127 501 euros, siège La Tour Carpe Diem, 31 Place des Corolles, Esplanade Nord, CS 60140, 92098 PARIS LA DEFENSE Cedex, immatriculée au RCS de Nanterre sous le numéro 497 825 539. Chubb Life Europe SE est soumise à l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) située 4, Place de Budapest, CS 92459,75436 PARIS CEDEX 09

American Express Carte-France - Société Anonyme, au capital de 77 873 000 € - RCS Nanterre B 313 536 898 - Siège Social : 8-10 rue Henri Sainte-Claire Deville, CS 60 182, 92506 Rueil-Malmaison Cedex France. Assurance de Responsabilité Civile Professionnelle conformes aux Articles L512-6 et L512-7 du Code des Assurances. Société immatriculée en tant qu'intermédiaire en assurance auprès de l'ORIAS (Organisme pour le Registre des Intermédiaires en Assurance, 1 rue Jules Lefebvre - 75311 Paris Cedex 09) sous le numéro 07023512 - (<http://www.orias.fr>), et soumise au contrôle de l'ACPR (Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution - 4 Place de Budapest, CS 92459, 75436 Paris Cedex 09).

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 19h.
www.americanexpress.fr/assurances

CHUBB®

**AMERICAN
EXPRESS**



Life Premium

Protégez vos proches en toutes circonstances

TABLEAU DES COTISATIONS MENSUELLES

7/8

Vous pouvez souscrire de 18 à 60 ans et vous restez assuré jusqu'à l'âge de 75 ans moyennant le règlement des cotisations mensuelles indiquées dans le tableau ci-dessous.

	Capital Garanti									
	Option 1 : 100 000 €		Option 2 : 150 000 €		Option 3 : 175 000 €		Option 4 : 200 000 €		Option 5 : 250 000 €	
Profil	Non fumeur	Fumeur								
18-30 ans	14,00 €	21,00 €	20,00 €	30,00 €	22,00 €	33,00 €	26,00 €	39,00 €	32,50 €	48,75 €
31 ans	14,00 €	21,00 €	20,00 €	30,00 €	22,00 €	33,00 €	26,00 €	39,00 €	32,50 €	48,75 €
32 ans	14,00 €	21,00 €	20,00 €	30,00 €	22,00 €	33,00 €	26,00 €	39,00 €	32,50 €	48,75 €
33 ans	14,00 €	21,00 €	20,00 €	30,00 €	22,00 €	33,00 €	26,00 €	39,00 €	32,50 €	48,75 €
34 ans	14,00 €	21,00 €	20,00 €	30,00 €	22,00 €	33,00 €	26,00 €	39,00 €	32,50 €	48,75 €
35 ans	14,00 €	21,00 €	20,00 €	30,00 €	22,00 €	33,00 €	26,00 €	39,00 €	32,50 €	48,75 €
36 ans	14,00 €	21,00 €	20,00 €	30,00 €	22,00 €	33,00 €	26,00 €	39,00 €	32,50 €	48,75 €
37 ans	14,00 €	21,00 €	20,00 €	30,00 €	22,00 €	33,00 €	26,00 €	39,00 €	32,50 €	48,75 €
38 ans	14,00 €	21,00 €	20,00 €	30,00 €	22,00 €	33,00 €	26,00 €	39,00 €	32,50 €	48,75 €
39 ans	14,00 €	21,00 €	20,00 €	30,00 €	22,00 €	33,00 €	26,00 €	39,00 €	32,50 €	48,75 €
40 ans	14,00 €	22,77 €	20,00 €	31,12 €	22,00 €	36,31 €	26,00 €	41,49 €	32,50 €	51,86 €
41 ans	14,73 €	25,77 €	20,13 €	35,22 €	23,48 €	41,09 €	26,84 €	46,97 €	33,55 €	58,71 €
42 ans	16,39 €	28,68 €	22,40 €	39,20 €	26,13 €	45,73 €	29,86 €	52,26 €	37,33 €	65,33 €
43 ans	17,99 €	31,49 €	24,59 €	43,04 €	28,69 €	50,21 €	32,79 €	57,38 €	40,99 €	71,73 €
44 ans	19,76 €	34,59 €	27,01 €	47,27 €	31,52 €	55,15 €	36,02 €	63,03 €	45,02 €	78,79 €
45 ans	21,81 €	38,17 €	29,81 €	52,17 €	34,78 €	60,87 €	39,75 €	69,57 €	49,69 €	86,96 €
46 ans	24,14 €	42,24 €	32,99 €	57,74 €	38,49 €	67,36 €	43,99 €	76,98 €	54,99 €	96,23 €
47 ans	26,52 €	46,41 €	36,25 €	63,43 €	42,29 €	74,00 €	48,33 €	84,57 €	60,41 €	105,72 €
48 ans	28,12 €	49,21 €	38,44 €	67,27 €	44,85 €	78,48 €	51,25 €	89,69 €	64,07 €	112,12 €
49 ans	29,67 €	51,93 €	40,56 €	70,98 €	47,32 €	82,81 €	54,08 €	94,64 €	67,60 €	118,30 €
50 ans	32,50 €	56,87 €	44,42 €	77,73 €	51,82 €	90,69 €	59,22 €	103,64 €	74,03 €	129,55 €
51 ans	34,66 €	60,65 €	47,37 €	82,90 €	55,26 €	96,71 €	63,16 €	110,53 €	78,95 €	138,16 €
52 ans	36,81 €	64,43 €	50,32 €	88,06 €	58,71 €	102,74 €	67,09 €	117,41 €	83,87 €	146,77 €
53 ans	39,36 €	68,88 €	53,80 €	94,15 €	62,77 €	109,84 €	71,73 €	125,54 €	89,67 €	156,92 €
54 ans	42,35 €	74,11 €	57,89 €	101,30 €	67,53 €	118,19 €	77,18 €	135,07 €	96,48 €	168,84 €
55 ans	45,78 €	80,12 €	62,58 €	109,51 €	73,01 €	127,76 €	83,44 €	146,02 €	104,30 €	182,52 €
56 ans	48,83 €	85,45 €	66,74 €	116,80 €	77,86 €	136,26 €	88,99 €	155,73 €	111,23 €	194,66 €
57 ans	51,54 €	90,20 €	70,45 €	123,28 €	82,19 €	143,83 €	93,93 €	164,38 €	117,41 €	205,47 €
58 ans	54,36 €	95,14 €	74,31 €	130,04 €	86,69 €	151,71 €	99,08 €	173,38 €	123,85 €	216,73 €
59 ans	59,18 €	103,56 €	80,89 €	141,56 €	94,37 €	165,15 €	107,85 €	188,74 €	134,82 €	235,93 €



SERVICE CLIENTÈLE ASSURANCES : 01 47 77 74 64 - Choix 2
du lundi au vendredi de 9h à 19h.
www.americanexpress.fr/assurances

CHUBB®





Life Premium

Protégez vos proches en toutes circonstances

8/8

TABLEAU DES COTISATIONS MENSUELLES

Vous pouvez souscrire de 18 à 60 ans et vous restez assuré jusqu'à l'âge de 75 ans moyennant le règlement des cotisations mensuelles indiquées dans le tableau ci-dessous.

	Capital Garanti									
	Option 1 : 100 000 €		Option 2 : 150 000 €		Option 3 : 175 000 €		Option 4 : 200 000 €		Option 5 : 250 000 €	
Profil	Non fumeur	Fumeur								
60 ans	63,94 €	111,90 €	87,40 €	152,95 €	101,96 €	178,44 €	116,53 €	203,93 €	145,66 €	254,91 €
61 ans	68,26 €	119,45 €	93,30 €	163,28 €	108,85 €	190,49 €	124,40 €	217,70 €	155,50 €	272,13 €
62 ans	73,63 €	128,85 €	100,64 €	176,12 €	117,41 €	205,47 €	134,19 €	234,83 €	167,73 €	293,53 €
63 ans	80,33 €	140,57 €	109,80 €	192,14 €	128,10 €	224,17 €	146,39 €	256,19 €	182,99 €	320,24 €
64 ans	86,86 €	152,00 €	118,72 €	207,77 €	138,51 €	242,40 €	158,30 €	277,02 €	197,87 €	346,28 €
65 ans	95,22 €	166,63 €	130,15 €	227,76 €	151,84 €	265,72 €	173,53 €	303,69 €	216,92 €	379,61 €
66 ans	107,34 €	187,84 €	146,71 €	256,75 €	171,16 €	299,54 €	195,62 €	342,33 €	244,52 €	427,91 €
67 ans	119,56 €	209,24 €	163,43 €	286,00 €	190,66 €	333,66 €	217,90 €	381,33 €	272,38 €	476,66 €
68 ans	134,46 €	235,30 €	183,78 €	321,62 €	214,41 €	375,22 €	245,04 €	428,82 €	306,30 €	536,03 €
69 ans	149,65 €	261,89 €	204,55 €	357,97 €	238,65 €	417,63 €	272,74 €	477,29 €	340,92 €	596,61 €
70 ans	167,72 €	293,52 €	229,26 €	401,20 €	267,47 €	468,06 €	305,67 €	534,93 €	382,09 €	668,66 €
71 ans	187,74 €	328,55 €	256,62 €	449,08 €	299,39 €	523,92 €	342,15 €	598,77 €	427,69 €	748,46 €
72 ans	212,72 €	372,25 €	290,75 €	508,81 €	339,21 €	593,62 €	387,67 €	678,42 €	484,59 €	848,02 €
73 ans	234,72 €	410,75 €	320,82 €	561,44 €	374,29 €	655,01 €	427,76 €	748,59 €	534,70 €	935,73 €
74 ans	259,80 €	454,65 €	355,11 €	621,44 €	414,29 €	725,01 €	473,48 €	828,59 €	591,85 €	1035,73 €
75 ans	293,46 €	513,56 €	401,12 €	701,96 €	467,98 €	818,96 €	534,83 €	935,95 €	668,54 €	1169,94 €



SERVICE CLIENTÈLE ASSURANCES : 01 47 77 74 64 - Choix 2
du lundi au vendredi de 9h à 19h.
www.americanexpress.fr/assurances

CHUBB®

AMERICAN
EXPRESS