

START' EXPAT

DEMANDE D'ADHÉSION

MERCI DE COMPLÉTER CE FORMULAIRE EN LETTRES CAPITALES, et de nous l'envoyer :
Par e-mail à : admineurope@asfe-expat.com en signant et scannant l'ensemble de ce bulletin d'adhésion
(tout en conservant l'original avec vous)
Par courrier postal, voir coordonnées en bas de la dernière page de ce bulletin.

1 INFORMATIONS SUR L'ADHÉRENT PRINCIPAL AU CONTRAT

Seules les personnes âgées entre 16 et 65 ans peuvent souscrire au contrat.

Civilité: Madame ☐ Mademoiselle ☐ Monsieur ☐

Prénom(s):

Nom de famille:

Date de naissance: / / (JJ/MM/AAAA) Sexe: Masculin ☐ Féminin ☐

Nationalité:

Profession (pour les actifs/actives; si sans activité ou étudiant, le préciser):

Pays d'expatriation (plusieurs pays peuvent être indiqués):

Téléphone:

E-mail:

Adresse postale dans votre pays de résidence principale:

Durée d'adhésion: 1 mois ☐ 2 mois ☐ 3 mois ☐ 4 mois ☐ 5 mois ☐ 6 mois ☐
 7 mois ☐ 8 mois ☐ 9 mois ☐ 10 mois ☐ 11 mois ☐ 12 mois ☐

Date d'effet souhaitée (sous réserve de l'acceptation de votre dossier): / /

Règlement: Chèque ☐ Autorisation de débit carte bancaire ☐

2 VOTRE CLAUSE BÉNÉFICIAIRE EN CAS DE DÉCÈS (PRÉVOYANCE)

☐ Je désigne comme bénéficiaire mon conjoint non divorcé, non séparé par un jugement définitif, à défaut mes enfants survivants, à parts égales entre eux, à défaut mes parents à parts égales entre eux ou au survivant d'entre eux, à défaut mes héritiers à parts égales entre eux.

☐ Je désigne comme bénéficiaire:

Fait à (Ville/Pays hors USA):

Le (JJ/MM/AAAA): / /

Signature de l'adhérent ou du représentant légal de l'enfant mineur
(dans ce cas, merci d'indiquer votre qualité ainsi que vos nom et prénom)
Précédée de la mention « **Lu et approuvé** »:

3 QUESTIONNAIRE MEDICAL

Merci d'écrire en lettres capitales.

Civilité: Madame ☐ Mademoiselle ☐ Monsieur ☐

Prénom(s):

Nom de famille:

Date de naissance: / / (JJ/MM/AAAA) Sexe: Masculin ☐ Féminin ☐

Nationalité: Taille (cm): Poids (kg):

EN CAS DE RÉPONSE(S) POSITIVE(S) À L'UNE DES QUESTIONS CI-DESSOUS:

Merci d'apporter toutes les précisions utiles (date, motif, suites ou séquelles, nature du traitement, durée...) sur une feuille complémentaire, datée et signée. Pour des raisons de confidentialité, merci de la joindre à votre envoi dans une enveloppe fermée à l'attention du « Médecin Conseil »

Avez-vous été hospitalisé(e) ou avez-vous subi une intervention chirurgicale au cours des 10 dernières années (hors ablation de l'appendicite, des amygdales, des végétations ou des dents de sagesse) ?

OUI ☐ NON ☐

Avez-vous été par le passé, ou êtes-vous actuellement sous surveillance médicale (traitement, soins médicaux, médicaments...) ?

OUI ☐ NON ☐

Êtes-vous ou avez-vous été atteint d'une maladie, d'une affection ou d'un accident ayant entraîné une surveillance médicale de plus de 30 jours ?

OUI ☐ NON ☐

Devez-vous, dans les 12 prochains mois, subir une intervention médicale ou chirurgicale et/ou un examen médical et/ou un traitement médical de toute sorte (psychologie, psychiatrie, kinésithérapie, radiothérapie, orthophonie, chimiothérapie, traitement dentaire, traitement médicamenteux...) ?

OUI ☐ NON ☐

Avez-vous subi des tests biologiques et/ou sérologiques dont les résultats ont été anormaux ?

OUI ☐ NON ☐

Je certifie avoir répondu avec exactitude et sincérité aux questions de ce formulaire, n'avoir rien déclaré ou omis de déclarer qui puisse induire en erreur les Assureurs de l'Association (étant entendu que les articles L.113-8 et L.113-9 du Code des Assurances prescrivent la nullité de l'assurance et la réduction des garanties s'il est fait la preuve d'une fausse déclaration).

Fait à (Ville/Pays hors USA):

Le (JJ/MM/AAAA): / /

Signature de l'adhérent ou du représentant légal de l'enfant mineur
(dans ce cas, merci d'indiquer votre qualité ainsi que vos nom et prénom)
Précédée de la mention « **Lu et approuvé** »:

4 SIGNATURE DE LA DEMANDE D'ADHÉSION

JE DEMANDE mon adhésion à ASFE (Association of Services for Expatriates), association de loi 1901 dont le siège est 18 rue de Courcelles 75008 PARIS, ainsi qu'aux conventions d'assurance souscrites par elle auprès des compagnies d'assurances suivantes :

- **AXA FRANCE VIE**,
pour les garanties de Frais de Santé
- **EUROP ASSISTANCE**
pour les garanties d'Assistance Médicale et Rapatriement, de Prévoyance, et de Responsabilités Civiles Vie Privée et Locative

JE RECONNAIS :

- avoir pris note du conseil délivré par MSH INTERNATIONAL et souhaite le suivre. MSH INTERNATIONAL est une société française de courtage (enregistrée à l'ORIAS sous le numéro 07 002 751) qui conçoit et gère pour le compte de l'ASFE l'ensemble de sa gamme d'assurances, dont le contrat START'EXPAT.
- avoir pris connaissance et accepté les dispositions des conditions générales START'EXPAT 2016/2017, valant notice d'information, en avoir conservé un exemplaire et accepter les termes de la présente demande d'adhésion, valant conditions particulières. Je reconnais avoir pris connaissance de mon droit à renonciation.
- avoir pris connaissance que mes communications téléphoniques avec les services de gestion de MSH INTERNATIONAL peuvent être enregistrées pour les besoins de gestion interne et dans le but d'améliorer ses services. Je peux avoir accès aux enregistrements de mes appels en m'adressant par écrit à MSH INTERNATIONAL - Gestion ASFE - 82 rue Villeneuve - 92587 CLICHY Cedex - France et en joignant à ma demande une pièce d'identité. Chaque enregistrement est conservé pendant un délai de 90 jours.
- que l'adhésion à l'ASFE ne me dispense pas des cotisations dues au régime obligatoire dont je pourrais relever.
- avoir pris connaissance qu'il ne pourra être procédé à aucun paiement à destination, directe ou indirecte, d'un pays soumis à sanctions, tel qu'édicte, par exemple, par les Nations Unies, l'Office of Foreign Assets Control (OFAC) du Trésor américain ou l'Union Européenne.
- être informé que les informations recueillies ont pour but soit de m'identifier formellement pour me donner accès à un espace sécurisé soit de collecter des éléments permettant à MSH INTERNATIONAL de m'apporter des solutions et des réponses. Ces informations sont exclusivement destinées à MSH INTERNATIONAL et peuvent faire l'objet de traitements destinés au respect de ses obligations légales et à la passation, la promotion, la gestion et l'exécution des contrats d'assurances. Conformément à la loi Informatique et libertés du 6 janvier 1978 modifiée en 2004, vous bénéficiez d'un droit d'interrogation, d'accès, de rectification et d'opposition aux informations qui vous concernent, que vous pouvez exercer en vous adressant à : MSH INTERNATIONAL - Direction juridique - 18 rue de Courcelles - 75384 PARIS Cedex 08 accompagné d'une copie d'un titre d'identité signé.

J'AUTORISE MSH INTERNATIONAL à recevoir pour mon compte les décomptes de remboursement des frais d'hospitalisation pour lesquels j'ai bénéficié du tiers-payant.

JE CERTIFIE avoir répondu avec exactitude et sincérité aux questions de cette demande d'adhésion et n'avoir rien déclaré ou omis de déclarer qui puisse induire en erreur MSH INTERNATIONAL et entraîner l'application des articles L.113-8 et L.113-9 du code des assurances.

Fait à (Ville/Pays hors USA) :

Le (JJ/MM/AAAA) : / /

Signature de l'adhérent ou du représentant légal de l'enfant mineur
(dans ce cas, merci d'indiquer votre qualité ainsi que vos nom et prénom)
Précédée de la mention « **Lu et approuvé** » :

5 AUTORISATION DE DÉBIT DE CARTE BANCAIRE

J'autorise MSH INTERNATIONAL / ASFE à débiter ma carte bancaire pour le montant total de ma cotisation, soit :

Nom du titulaire de la carte bancaire :

Type de carte de crédit : Visa ☐ Mastercard ☐ Amex ☐

Numéro de la carte :

Date d'expiration : / /
(JJ/MM/AAAA)

Cryptogramme :
(les trois derniers chiffres au dos de votre carte bancaire, sauf Amex)

Fait à (Ville/Pays hors USA) :

Le (JJ/MM/AAAA) : / /

Signature de l'adhérent ou du représentant légal de l'enfant mineur
(dans ce cas, merci d'indiquer votre qualité ainsi que vos nom et prénom)
Précédée de la mention « **Lu et approuvé** » :

7 NOTE D'INFORMATION

Nous vous prions de bien vouloir prendre connaissance des éléments importants qui suivent.

Notre analyse et nos propositions se sont basées sur les informations, besoins et contraintes que vous avez pu nous communiquer et nous exprimer au cours de nos échanges. Il est à noter que la qualité et l'exactitude des informations communiquées par le souscripteur, notamment en matière financière et d'objectifs de souscription, influent directement sur la qualité et la pertinence de nos propositions.

Il est absolument nécessaire que vous lisiez attentivement l'ensemble des conditions de votre contrat d'assurance, et plus particulièrement les paragraphes consacrés aux risques exclus, à la durée de votre contrat, aux éventuels délais de carence, de franchise, aux définitions des garanties et aux sanctions en cas d'informations inexactes ou incomplètes.

Pour tout mécontentement, votre interlocuteur habituel est à votre disposition.

Vous pouvez également solliciter le Service réclamation, au 82 rue de Villeneuve 92 587 CLICHY Cedex ou à l'adresse du Service réclamation du siège régional dont vous dépendez (et dont les coordonnées sont rappelées dans la rubrique « Contact »).

Dans ce cas, nous nous engageons à vous apporter une réponse sous deux mois maximum à compter de la réception de la totalité des éléments de votre réclamation ou, à défaut, de vous tenir informé du déroulement de son traitement.

Si vous restez en désaccord avec la réponse ou solution apportée, en dernier recours, la Médiation de l'Assurance peut être saisie par courrier: TSA 50110 - 75441 Paris Cedex 09.

Les informations recueillies peuvent faire l'objet de traitements informatiques destinés à la gestion et à l'exécution des contrats de notre société.

Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée en 2004, vous bénéficiez d'un droit d'interrogation, d'accès, de rectification et d'opposition aux informations qui vous concernent, que vous pouvez exercer en nous adressant un courrier accompagné d'une copie d'un titre d'identité signé à: ASFE - MSH INTERNATIONAL - Direction juridique - 18 rue de Courcelles - 75384 PARIS Cedex 08.

10 FINALISATION DE LA DEMANDE D'ADHÉSION

Pour finaliser votre adhésion, merci de nous adresser par e-mail ou courrier postal:

- le bulletin d'adhésion complété et signé,
- le questionnaire médical complété et signé, et les informations médicales complémentaires (sur un feuillet à part, daté et signé) si des réponses positives ont été signalées,
- une copie de votre carte d'identité ou de votre passeport,
- un RIB pour le remboursement de vos frais de soins de santé,
- le paiement de votre cotisation.

Vous pouvez régler votre cotisation avec:

- l'autorisation de débit de carte bancaire complétée et signée, avec la pièce d'identité du souscripteur s'il est différent de l'assuré
- ou
- un chèque à l'ordre d'ASFE

Après règlement de votre cotisation, vous recevrez un e-mail de bienvenue avec votre guide de l'adhérent, contenant:

- un guide pratique qui vous accompagnera dans vos démarches de remboursements et vous apportera des réponses claires et pratiques aux questions que vous vous posez,
- vos conditions générales.

MERCI D'ADRESSER VOTRE DEMANDE D'ADHÉSION COMPLÈTE:

Par e-mail:

en signant et scannant votre demande d'adhésion et l'ensemble de ses pièces à:
admineurope@asfe-expat.com
 (merci de conserver l'original avec vous)

Par courrier postal:

ASFE - Service Adhésions
 82, rue Villeneuve
 92587 CLICHY Cedex - France

TOUTE DEMANDE INCOMPLÈTE NE POURRA PAS ÊTRE TRAITÉE