



Assurance Santé Monde

Demande d'adhésion en complément de la C.F.E.

Contrat N° A 4842 souscrit auprès de SWISS LIFE Santé et Prévoyance

VOTRE IDENTIFICATION

N° de Sécurité sociale Nom Prénom(s) Sexe F MNom de naissance Né(e) le A

Nationalité Profession

Pays d'expatriation

Date de départ Date de retour (si prévue) Avez-vous une couverture mutuelle équivalente dans le mois qui précède votre adhésion à ASM ? OUI NON

[1] Adresse en France

[2] Adresse du pays d'expatriation

[3] E-mail@..... Téléphone (+.....).....

Je souhaite recevoir :

- toute correspondance à l'adresse [1] [2] [3]
- mes avis de remboursement à l'adresse [1] [2] [3]
- mes appels de cotisation à l'adresse [1] [2] [3]

VOTRE SITUATION FAMILIALE

Vous êtes :

 Célibataire Marié (e) En concubinage Lié(e) par un PACS Divorcé(e) ou séparé(e) Veuf/veuve

Personnes à assurer	Nom de naissance	Prénom	Sexe	Né(e) le
Conjoint			<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input type="text"/>
	N° de Sécurité sociale si connu <input type="text"/>			
1 ^{er} enfant			<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input type="text"/>
2 ^{ème} enfant			<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input type="text"/>
3 ^{ème} enfant			<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input type="text"/>
4 ^{ème} enfant			<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input type="text"/>

VOTRE DEMANDE D'ADHESION AU CONTRAT COMPLEMENTAIRE ASM

VOS GARANTIES ET COTISATIONS

L'adhésion à notre Assurance « Assurance Santé Monde » ne dispense pas des cotisations dues aux régimes obligatoires du pays d'expatriation y compris pour les pays de l'Union Européenne)

L'adhésion au contrat sera effective sous réserve de l'acceptation du médecin conseil de l'assureur ou de son délégataire au vu du questionnaire médical dûment rempli pour chaque bénéficiaire.

Date de prise d'effet souhaitée à ASM : / /

Mon pays d'expatriation se situe en :

- Zone 1** : Monde entier, sauf pays figurant dans les Zones 2 et 3.

Couverture pour les soins courants et accidentels dans les pays des zones 1, soins inopinés ou accidentels* pris en charge dans les zones 2 et 3.

- Zone 2** : Brésil, Chine, Hong Kong, Royaume-Uni, Espagne, Portugal, Russie, Singapour, Italie, Grèce, Allemagne, Australie, Emirats Arabes Unis, Arabie Saoudite, Israël, Liban, Monaco, Nouvelle-Zélande, Bahreïn, Nouvelle-Calédonie, Qatar Bahamas, Brunei, Koweït, Oman et Panama.

Couverture pour les soins courants et accidentels dans les pays des zones 1 et 2, soins inopinés ou accidentels* pris en charge dans la zone 3.

- Zone 3** : Canada, Japon.

Couverture pour les soins courants et accidentels* dans le monde entier, à l'exclusion des USA et de la Suisse

*pour les séjours de 30 jours continus maximum.

Je choisis une ou plusieurs des garanties suivantes :

SANTÉ			
	Garanties	Option	Montant annuel
Garanties de BASE	<input type="checkbox"/> Hospitalisation	<input type="checkbox"/> Confort ou <input type="checkbox"/> Luxe €
	<input type="checkbox"/> Frais médicaux	<input type="checkbox"/> Confort ou <input type="checkbox"/> Luxe €
Garantie COMPLEMENTAIRE	<input type="checkbox"/> Optique/Dentaire	<input type="checkbox"/> Confort ou <input type="checkbox"/> Luxe €
ASSISTANCE			
	<input type="checkbox"/> Formule 1	<input type="checkbox"/> Formule 2	<input type="checkbox"/> Formule 3
		 €
RESPONSABILITE CIVILE			
Responsabilité civile monde entier		 €

Je choisis les garanties facultatives suivantes : Ma rémunération annuelle brute €

PREVOYANCE		
Capital en cas de décès ou de PTIA <i>(perte totale et irréversible d'autonomie)</i> Y compris Doublement du capital en cas d'accident	Montant du capital choisi entre mini 20 000€ et maxi 300 000 € par tranche de 20 000€ : € <i>Si salarié Maxi versé : 300% du salaire brut</i> <i>Si non salarié maxi versé : 100 000€</i>€
Indemnités journalières en cas d'incapacité ou d'invalidité <i>Uniquement : en complément de la garantie capital Décès/PTIA et pour les salariés</i>	Montant de l'indemnité journalière choisie : Carence : <input type="checkbox"/> 30 j <input type="checkbox"/> 60 j <input type="checkbox"/> 90 j Montant choisi : € Mini : 20 € ; Maxi : 140€ - par tranche de 20€ <i>Maxi versé : 80% du salaire brut</i> <i>Nota : le capital Décès/PTIA choisi doit être égal ou supérieur à 1000 fois le montant de l'indemnité journalière choisie, ex Ij= 100 €, Mini CD = 100.000€ ; Maxi CD = 300.000€</i>€
Droit associatif annuel non fractionnable	18 €
MONTANT TOTAL DE LA COTISATION ANNUELLE	€

Je choisis de payer le montant de ma cotisation annuelle comme suit :

Mode de paiement : Chèque Virement bancaire Par prélèvement automatique
(mandat SEPA joint +RIB)

Périodicité des règlements : Trimestrielle Semestrielle Annuelle
Exceptionnellement, paiement mensuel sur accord par prélèvement automatique

La cotisation doit être versée par avance en Euro (€).

CLAUDE DE DESIGNATION DE BENEFICIAIRE(S)

Complétez cette partie seulement si vous avez choisi la garantie Prévoyance « Capital Décès/PTIA ».

→A défaut de désignation d'un bénéficiaire, ou si cette désignation résulte être caduque, le bénéfice du capital en cas de décès est attribué par ordre de préférence :

- Au conjoint de l'adhérent non séparé de corps judiciairement ;
- A défaut, au partenaire lié par un pacte civil de solidarité (PACS) ou au concubin notoire de l'adhérent ;
- A défaut, aux enfants de l'adhérent nés ou à naître, vivants ou représentés, par parts égales entre eux ;
- A défaut, aux héritiers de l'adhérent.

→Je choisis de déroger à la clause contractuelle ci-dessus et désigne comme bénéficiaire(s) du capital :

.....

Indiquer : nom, nom de naissance, prénom(s), date et lieu de naissance, adresse du domicile principal et pourcentage de répartition du capital en cas de pluralité de bénéficiaires.

Avertissement - L'acceptation du bénéfice du capital doit être faite selon l'une des modalités suivantes : soit par un avenant signé par l'assureur, l'adhérent et le bénéficiaire ; soit par un acte authentique ou un acte sous-seing privé signé par l'adhérent et le bénéficiaire, mais cette seconde modalité n'a d'effet à l'égard de l'assureur que lorsqu'elle lui aura été notifiée.

ASSUR BIENS EXPAT-Intermédiaire en assurance-Orias N°10053612-Siret 51950261100022 19 rue La Boétie, 75008 Paris
 Société soumise au contrôle de l'ACPR 61 rue Taibout 75434 Paris Cedex 9
 ASSOCIATION SANTE MONDE - 19 rue La Boétie 75008 Paris

VOS REMBOURSEMENTS

Je souhaite que les remboursements soient effectués sur le compte bancaire ou postal suivant :

(joindre obligatoirement RIB ou un document officiel émanant de votre établissement bancaire)

Titulaire du compte.....

Raison sociale et adresse de la banque.....

Numéro de compte

IBAN.....

BIC.....

Devise de remboursement : Euro (EUR) Autre devise :

J'ai pris connaissance que M.A.I. va percevoir les remboursements des frais médicaux et d'hospitalisation qui me sont dus par la C.F.E. ou pour lesquels j'ai bénéficié de l'avance des frais, afin que soit effectué un remboursement unique comprenant les garanties de base et complémentaire sur le compte bancaire ou postal ci-dessus.

Fait à Paris

Le

Signature de l'adhérent

DECLARATIONS

- Je demande et déclare adhérer à l'Association Santé Monde, 19 rue La Boétie, 75008 Paris,
- Je reconnais avoir pris note du conseil délivré par le courtier, Assur Bien Expat, et souhaite le suivre,
- Je certifie avoir répondu avec exactitude et sincérité aux questions de ce dossier de souscription et savoir que **toute omission ou déclaration inexacte, ainsi que toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle de ma part pourront faire l'objet respectivement d'une proposition d'ajustement tarifaire ou d'une nullité de l'adhésion conformément aux articles L. 113-8 et L. 113-9 du Code des assurances,**
- Je m'engage à informer la C.F.E. et l'Association Santé Monde de tout changement de ma situation et/ou celle de mes ayants droit inscrits,
- J'autorise la diffusion des informations administratives et médicales entre la C.F.E. et l'Association santé Monde,
- Je confirme avoir pris connaissance que :
 - les garanties Santé, Décès accidentel, Perte totale et irréversible d'autonomie par suite d'accident, Incapacité et Invalidité sont souscrites auprès de **SwissLife Prévoyance et Santé**, 7 rue Belgrand 92300 Levallois-Perret SA au capital de 150 000 000€ - 322 215 021 RCS Nanterre - Entreprise régie par le Code des assurances,
 - les garanties Décès et Perte Totale et Irréversible d'Autonomie sont souscrites auprès de **SwissLife Assurance et Patrimoine**, 7 rue Belgrand 92300 Levallois-Perret SA au capital de 169 036 086, 38€ - RCS Nanterre 341 785 632- Entreprise régie par le Code des assurances,
 - la garantie Responsabilité civile est souscrite auprès de **SwissLife Assurances de Biens**, 7 rue Belgrand 92300 Levallois-Perret SA au capital de 80 000 000€ - 391 277 878 RCS Nanterre - Entreprise régie par le Code des assurances,
 - la garantie Assistance est souscrite auprès de **Mondial Assistance**,
- Je reconnais avoir pris connaissance et accepté les dispositions des notices d'information du contrat Assurance Santé Monde téléchargeables sur le site Internet <http://www.assurancesantemonde.com/>
- Je déclare avoir complété et signé le questionnaire médical joint à la demande d'adhésion pour l'ensemble des bénéficiaires,
- Je reconnais que l'adhésion au contrat ASM ne me dispense pas des cotisations dues dans mon pays d'expatriation et déclare m'en acquitter au titre du régime obligatoire local dont je pourrais relever,
- J'autorise M.A.I. à recevoir pour mon compte les remboursements des frais d'hospitalisation pour lesquels j'ai bénéficié du tiers-payant.

Renonciation à l'adhésion : au titre des articles L. 112-9 du Code des assurances et L. 121-20-12 du Code de la consommation, je reconnais avoir été informé et savoir que je dispose d'un délai de 14 jours calendaires révolus, à compter de la date de conclusion de mon adhésion (indiquée sur le certificat d'adhésion), pour renoncer à mon adhésion au contrat.

INFORMATIQUE ET LIBERTES

Conformément à la loi informatique et libertés du 6.1.78 modifiée, le responsable du traitement des informations recueillies est l'entité du Groupe SwissLife mentionnée sur ce document. Les données sont utilisées pour la gestion et le suivi de vos dossiers par cette entité, et l'envoi de documents concernant les produits des sociétés du Groupe SwissLife, destinataires, avec leurs mandataires, partenaires et réassureurs, de l'information. Le défaut de réponse aux informations obligatoires peut avoir pour conséquence le non traitement de votre dossier. Les données facultatives sont signalées.

Vous disposez d'un droit d'accès et de rectification des données vous concernant, et du droit de vous opposer à leur traitement pour un motif légitime. Veuillez adresser par écrit vos demandes à la Direction Marketing de Swiss Life, 1 rue du Mal de Lattre de Tassigny - 59671 Roubaix Cedex 01. En cas de demandes liées à des données médicales, veuillez libeller celles-ci à l'attention du Médecin Conseil de M.A.I. 39 rue Anatole France, 92300 Levallois-Perret

Fait à Paris

Le

Signature de l'adhérent

ASSURANCE SANTE MONDE - Questionnaire de santé -

Contrat N° A 4842

Afin de conserver un caractère confidentiel à vos réponses, vous pouvez transmettre votre dossier administratif et votre questionnaire médical sous pli cacheté portant la mention « confidentiel » à l'attention du **Médecin Conseil de M.A.I. 39 rue Anatole France, 92300 Levallois-Perret** ou par mail à l'adresse etudemedicale@medical-administrators.com. En cas de réponse affirmative à une ou plusieurs question(s), veuillez apporter tous les éléments médicaux nécessaires afin que notre Médecin Conseil puisse évaluer au mieux votre dossier (ex : **comptes rendus médicaux, précisez les traitements éventuels en cours ou indiquer « sans suites et séquelles »**)

	Adhérent	Conjoint	Enfant 1	Enfant 2	Enfant 3	Enfant 4
Nom Prénom						
Date de naissance						
Sexe						
Taille						
Poids (kg)						
1/ Au cours des 3 dernières années et/ou actuellement, avez-vous dû interrompre vos activités plus de 15 jours pour maladie ou accident ?	Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>
2/ Au cours des 10 dernières années avez-vous souffert ou souffrez-vous d'une ou plusieurs affections suivantes : Affection respiratoire, affection du cœur ou des vaisseaux, affection des os, des articulations et/ou des muscles ?	Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>
3/ Au cours des 10 dernières années avez-vous subi ou devez-vous subir prochainement une intervention chirurgicale (à l'exclusion de l'ablation de l'appendicite, de varices, des amygdales et/ou des végétations, de la vésicule biliaire) ?	Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>
4/ Au cours des 10 dernières années avez-vous séjourné dans un établissement hospitalier (hôpital, clinique, maison de santé, établissement thermal ou service psychiatrique) et /ou un prochain est-il prévu ?	Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>
5/ Au cours des 12 derniers mois, avez-vous subi des examens de laboratoire ou médicaux (électrocardiogramme, scanner, IRM...) qui se soient révélés anormaux ?	Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>
6/ Au cours des 3 dernières années avez-vous fait l'objet d'une surveillance médicale particulière telle que traitements, soins médicaux, régime, médicament prescrits par un médecin (autres que contraceptifs) ?	Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>
7/ Etes-vous atteint d'une infirmité, d'une invalidité, d'une maladie chronique ou congénitale ?	Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>

ASSURANCE SANTE MONDE - Questionnaire de santé -

En plus des éléments médicaux fournis à l'attention du Médecin Conseil de M.A.I. , j'autorise le Médecin Conseil, pour toute demande de pièces ou précisions complémentaires, à communiquer avec moi **directement par mail** à l'adresse suivante :@.....

CONSEIL : Si vous avez répondu « oui » à une ou plusieurs questions ci-dessus, veuillez à accompagner votre questionnaire de tous les éléments nécessaires à l'évaluation de votre dossier tels que le compte-rendu opératoire, la posologie du ou des traitement(s) en cours. Pour toute intervention chirurgicale survenue dans les 10 dernières années, veuillez à bien indiquer s'il y a ou non des suites et séquelles.

Ex : « opération de la myopie en date du sans suites et séquelles ».

Je déclare sur l'honneur avoir mentionné dans le cadre de chaque question tous les faits et circonstances actuels et passés concernant ma santé sans juger de leur gravité car seul l'assureur est en droit d'apprécier le risque.

Je déclare avoir été informé(e) et avoir accepté la communication des renseignements relatifs à ma santé ci-dessus, au Médecin Conseil du service médical de M.A.I.

Je certifie avoir répondu avec exactitude et sincérité aux questions de ce dossier de souscription et savoir que **toute omission ou déclaration inexacte, ainsi que toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle de ma part pourront faire l'objet respectivement d'une proposition d'ajustement tarifaire ou d'une nullité de l'adhésion conformément aux articles L. 113-8 et L. 113-9 du Code des assurances.**

J'ai pris connaissance qu'après examen du questionnaire, l'assureur se réserve le droit de me demander éventuellement toutes justifications, visites ou examens complémentaires. Je sais que ces informations sont nécessaires à l'appréciation du risque par l'Assureur et m'engage à faire le maximum pour les lui transmettre.

Fait à Paris

Le

Signature de l'adhérent



Pièces à joindre à l'adhésion en complément de la C.F.E

- Le questionnaire médical complété et signé, pour vous et les membres de votre famille,
- Une copie de la carte d'identité ou du passeport de chaque bénéficiaire,
- Une copie du livret de famille ou extrait d'acte de mariage, de PACS ou extrait de naissance de votre concubin(e) à charge,
- Un relevé d'identité bancaire (RIB) ou postal pour le remboursement des prestations,
- Pour supprimer les délais d'attente des garanties Santé ASM : certificat de radiation ou attestation d'adhésion de moins d'1 mois mentionnant les garanties équivalentes à celles choisies
- Le mandat de prélèvement SEPA joint rempli et signé accompagné du RIB du compte renseigné.
- Copie de l'attestation d'affiliation à la CFE

SI LE RIB POUR LE PAIEMENT DES COTISATIONS ET LE REMBOURSEMENTS DE FRAIS DE SANTE EST LE MEME, JOINDRE UNIQUEMENT UN RIB



MANDAT de Prélèvement SEPA

Référence Unique du Mandat
à remplir par MAI

Créancier :

MAI

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez (A) MAI à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et (B) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de MAI.

Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Une demande de remboursement doit être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé

Veillez compléter les champs marqués * et vérifier ceux qui sont pré-remplis

CREANCIER

FR 04 ZZZ 495220

Identifiant Créancier SEPA

MAI

Nom du créancier

39 RUE ANATOLE FRANCE

Numéro et nom de la rue

92300 LEVALLOIS PERRET

Code postal - Ville

FRANCE

Pays

Paiement récurrent / répétitif

Paiement ponctuel

DEBITEUR

Veillez compléter les champs marqués *

*Nom / Prénoms du débiteur

*Numéro et nom de la rue

*Code postal

*Ville

*Pays

*Numéro d'identification international du compte bancaire - IBAN (International Bank Account Number)

*Code international d'identification de votre banque - BIC (Bank Identifier Code)

Fait à

le

/ /

Signature(s) :

Note : Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.

Informations relatives au contrat entre le créancier et le débiteur - fournies seulement à titre indicatif.

Contrat concerné

Contrat ASM Expatriés

Tiers débiteur pour le compte
duquel le paiement sera effectué
(si différent du débiteur lui-même)

Description du contrat

Numéro d'identification du contrat

Nom du tiers débiteur : si votre paiement concerne un accord
passé entre le créancier et un tiers (par exemple, vous payez la
facture d'une autre personne), veuillez indiquer ici son nom
Si vous payez pour votre propre compte, ne pas remplir.

Code identifiant du tiers débiteur

Nom du tiers créancier : le créancier doit compléter cette section
s'il remet des prélèvements pour le compte d'un tiers

Code identifiant du tiers créancier

A retourner à :

MEDICAL ADMINISTRATORS INTERNATIONAL
39 RUE ANATOLE FRANCE
92600 - LEVALLOIS-PERRET

Zone réservée à l'usage exclusif du créancier :