



Assurance Santé Monde



Demande d'adhésion commune PACS Francexpat Santé CFE - ASM

Contrat Santé N°G0397

Contrat Assistance : MGENIB1100110NAN

VOTRE IDENTIFICATION

N° de Sécurité sociale

Nom Prénom(s) Sexe F M

Nom de naissance Né(e) le A

Nationalité Profession

Pays d'expatriation

Date de départ Date de retour (si prévue)

[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"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	N° de Sécurité sociale si connu <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			
1 ^{er} enfant			<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
2 ^{ème} enfant			<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
3 ^{ème} enfant			<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

VOTRE AFFILIATION A LA CFE « FRANCEXPAT SANTE »

L'adhésion à l'assurance volontaire des expatriés ne dispense pas des cotisations dues aux régimes obligatoires du pays d'expatriation (y compris pour les pays de l'Union européenne).

1) **ADHESION**

Date de prise d'effet souhaitée à la C.F.E. :

MALADIE-MATERNITE

oui non

• Option Indemnités journalières, capital décès

oui non

(Votre contrat prendra en principe effet au 1^{er} jour du mois suivant la réception de votre demande)

2) **PAIEMENT DES COTISATIONS CFE**

Vos appels de cotisation seront disponibles dans votre espace personnel que vous devrez activer sur le site de la CFE (www.cfe.fr) après confirmation de votre inscription.

Pour un prélèvement automatique des cotisations (sur un compte zone Euro uniquement), merci de nous renvoyer le mandat de prélèvement SEPA joint.

Mes avis de remboursement CFE seront envoyés :

à ma mutuelle Assurance Santé Monde – gestionnaire M.A.I.

4) **REMBOURSEMENT COMMUN DES FRAIS DE SANTE CFE ET ASM**

Sur le même compte que celui servant au prélèvement automatique

Sur un compte différent, joindre le RIB du compte sur lequel vous souhaitez percevoir vos remboursements

**VOTRE DEMANDE D'ADHESION AU PACS Francexpat Santé CFE – ASM
COMPLEMENTAIRE SANTE FRANCE**

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 délégué au vu du questionnaire médical dûment rempli pour chaque bénéficiaire.

Date de prise d'effet souhaitée à ASM

Je choisis le niveau de garantie adapté à mes besoins :

SANTÉ Contrat N°G0397		TROIS NIVEAUX DE GARANTIE		
	BASE	CONFORT	LUXE	Montant annuel
Hospitalisation + Frais médicaux+ Optique/Dentaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> €

ASSISTANCE Contrat MGENIB1100110NAN	
<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON €

Droit associatif annuel non fractionnable12€
MONTANT TOTAL DE LA COTISATION ANNUELLE€

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

Mensuellement (Prélèvements uniquement) Trimestriellement Semestriellement Annuellement

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

La cotisation est due par avance en Euro (€)

Santé : MFPrévoyance, Société Anonyme à Directoire et Conseil de Surveillance, au capital de 81 773 850 euros, régie par le Code des assurances, RCS 507 648 053 PARIS, Siège social : 62 rue Jeanne d'Arc - 75640 Paris Cedex 13,

Assistance : MGEN Filia, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité, immatriculée sous le numéro Siren 440 363 588, 3 square Max-Hymans – 75 748 PARIS Cedex 15

Entités représentées par MGEN International Benefits, 7 Square Max-Hymans, 75748 Paris cedex 15, RCS de Paris sous le n° 813 361 441, intermédiaire d'assurance ORIAS n° 16002500

ASSUR BIENS EXPAT - Intermédiaire en assurance - Orias N°10 053 61 - Siret 519 502 611 00022. 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 :

CONSEIL : En cas de transmission de vos demandes de remboursement CFE + ASM par voie dématérialisée, veillez à bien conserver les originaux des feuilles de soins et des factures acquittées pendant 27 mois.

Celles-ci peuvent vous être réclamées par l'assureur en cas de contrôle.

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

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 Biens 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 reconnais avoir pris connaissance que :
 - Les garanties Santé sont souscrites auprès de MFPrévoyance, Société Anonyme à Directoire et Conseil de Surveillance, au capital de 81 773 850 euros, régie par le Code des assurances, RCS 507 648 053 PARIS, Siège social : 62 rue Jeanne d'Arc - 75640 Paris Cedex 13, représenté par MGEN International Benefits
 - La garantie Assistance /Rapatriement sanitaire est souscrite auprès de MGEN Filia, mutuelle immatriculée sous le n° SIREN 440 363 588 et soumise aux dispositions du livre II du code de la Mutualité - 3 square Max Hymans 75748 Paris Cedex 15, ayant mandaté Mutuaide Services, 8-14, avenue des Frères Lumière -94368 Bry-sur-Marne Cedex pour la prestation des garanties d'assistance -rapatriement,
- 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 modifiée, vos données à caractère personnel pourront être transférées à votre assureur pour réaliser les traitements dont il est responsable et qui ont notamment pour finalités la gestion des sinistres et la réalisation de statistiques à des fins de tarification. Les destinataires de ces données personnelles, sont, dans le strict cadre des finalités énoncées ci-dessus, les personnels dûment habilités de l'assureur.

Vos données seront conservées par l'assureur durant toute la vie du contrat, jusqu'à expiration à la fois des délais de prescription légaux et des délais prévus par les différentes obligations de conservation imposées par la réglementation.

Vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et d'effacement de vos données personnelles. Lorsqu'un consentement est nécessaire au traitement, vous disposez du droit de le retirer. Sous certaines conditions règlementaires, vous disposez du droit de demander la limitation du traitement ou de vous y opposer. Vous pouvez également demander la portabilité des données que vous avez transmises lorsqu'elles étaient nécessaires au contrat ou lorsque votre consentement était requis.

Vous pouvez exercer ces différents droits sur les traitements pour lesquels chaque assureur est responsable en contactant directement :

- pour toute réclamation relative aux garanties santé : MFPrévoyance- Délégué à la Protection des Données, 4 Place Raoul Dautry, 75716 Paris Cedex 15, France ou par courriel (urgence.dpofs@MFPrévoyance.fr),
- pour toute réclamation relative aux garanties assistance : MGEN International Benefits pour MGEN Filia, 7 Square Max-Hymans, 75748 Paris cedex 15, France.

En cas de désaccord persistant concernant vos données, vous avez le droit de saisir la CNIL à l'adresse suivante : Commission Nationale Informatique et Libertés, 3 place de Fontenoy 75007 Paris, <https://www.cnil.fr/fr/vous-souhaitez-contacter-la-cnil>, 01 53 73 22 22.

MGEN International Benefits, 7 Square Max-Hymans, 75748 Paris cedex 15.

Fait à

Le

Signature de l'adhérent précédée de la mention
« lu et approuvé »

ASSURANCE SANTE MONDE - Questionnaire de santé -

Contrat N°G0397

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,** 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"/>
8/ Avez-vous programmé des rendez-vous médicaux dans les 3 mois suivant votre date d'adhésion ?	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

Le | | | | |

Signature de l'adhérent précédée de la mention
« lu et approuvé »



Pièces à joindre à l'adhésion commune CFE Francexpat Santé - ASM

- Le questionnaire médical complété et signé, pour vous et les membres de votre famille,
- Une copie du passeport de chaque bénéficiaire,
- Le mandat de prélèvement SEPA pour la C.F.E. et le RIB,
- Le mandat de prélèvement SEPA ASM et le RIB si vous avez choisi ce mode de paiement,
- Le RIB du compte sur lequel nous devons rembourser les prestations C.F.E. et ASM,

**SI LE COMPTE BANCAIRE EST LE MEME POUR LE PAIEMENT ET LE
REMBOURSEMENT DES PRESTATIONS, NE JOINDRE QU'UN SEUL RIB**

- Copie de la notification de prise en charge et l'autorisation du transfert du dossier médical à télécharger sur le site de la cfe (www.cfe.fr) **uniquement si vous ou l'un de vos ayant droits bénéficiez d'une prise en charge à 100% (exonération du ticket modérateur pour affection de longue durée).**

DEMANDE DE PRELEVEMENT DE COTISATIONS

A retourner à la Caisse des Français de l'Étranger par courrier accompagné d'un relevé d'identité bancaire

• TROIS BONNES RAISONS POUR UTILISER LE PRÉLÈVEMENT AUTOMATIQUE

- **Contrôle et maîtrise totale** : à tout moment, vous pouvez annuler votre accord de prélèvement.
- **Facilité** : un simple formulaire à remplir et à signer vous libère définitivement des formalités habituelles.
- **Efficacité** : oubli, retard, incidents postaux ne vous concernent plus.
Vous êtes garantis contre les désagréments tels qu'une mise en demeure.

• COMMENT EN BÉNÉFICIER ?

Remplissez et signez **le formulaire** ci-dessous puis retournez-le à la Caisse des Français de l'Étranger, **accompagné d'un relevé d'identité bancaire ou postal comportant les codes IBAN et BIC** à l'adresse suivante : CFE – 160, rue des Meuniers – CS 70238 Rubelles – 77052 Melun Cedex – France

Votre numéro de sécurité sociale:

MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez la Caisse des Français de l'Étranger à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et vous autorisez votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de la Caisse des Français de l'Étranger.

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

Les informations recueillies dans le présent mandat sont destinées à n'être utilisées par la CFE que pour la gestion des prélèvements automatiques des cotisations de ses adhérents. Conformément à la "loi informatique et libertés" du 6 janvier 1978 modifiée en 2004, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations vous concernant que vous pouvez exercer en vous adressant au responsable de traitement : Monsieur le Directeur de la CFE, CFE – 160, rue des Meuniers – CS 70238 Rubelles – 77052 Melun Cedex – France

Référence unique du mandat (RUM) : il sera rempli par la CFE et vous sera communiqué sur votre prochain appel de cotisation :

Zone à remplir par l'adhérent	
Siret : 33212389200017	Raison sociale : Caisse des Français de l'Étranger
Nom et prénom de l'adhérent :	N°ICS (identifiant créancier SEPA) : FR69ZZZ237582
Nom, adresse et pays de résidence du débiteur :	Nom, adresse et pays du créancier (la CFE) : CFE 160, rue des Meuniers – CS 70238 Rubelles 77052 Melun Cedex – France
Compte à débiter	
Numéro d'identification international du compte bancaire – IBAN <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Code international d'identification de votre banque – BIC : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Le : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Signature :

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

Veuillez 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

Veuillez 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 :

Zone réservée à l'usage exclusif du créancier :

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

CARENCES POUR 2021 – PRODUIT FRANCE

SITUATION	CFE	ASM
<u>Adhésion dès le départ de France</u>	Adhésion commune CFE + ASM Pas de carence CFE	Pas de carence ASM
<u>Adhésion + de 3 mois après le départ de France</u>	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Déjà adhérent CFE</u> <ul style="list-style-type: none"> → En période de carence CFE → Carence CFE terminée • <u>Adhésion commune CFE + ASM</u> <p>Jusqu'à 29 ans inclus : pas de carence</p> <p>De 30 à 44 ans inclus : 3 mois de carence</p> <p>A partir de 45 ans : 6 mois de carence* Jusqu'au 01/04/2022 carence de 3 mois Exceptionnelle décidée par la CFE</p> 	<p style="text-align: center;">Application de la fin de la carence CFE par ASM</p> <p style="text-align: center;">6 mois de carence pour prothèses y compris dentaires et optiques</p> <p style="text-align: center;">3 mois de carence pour hospitalisation + soins courants y compris dentaires 6 mois de carence pour prothèses y compris dentaires et optiques</p> <p style="text-align: center;">Pas de carence hospitalisation + soins courants y compris dentaires 6 mois de carence pour prothèses y compris dentaires et optiques</p> <p style="text-align: center;">3 mois de carence pour hospitalisation + soins y compris dentaires 6 mois de carence pour prothèses y compris dentaires et optiques</p> <p style="text-align: center;">Jusqu'au 01/04/2022</p> <p style="text-align: center;">3 mois de carence pour hospitalisation + soins y compris dentaires 6 mois de carence pour prothèses y compris dentaires et optiques</p> <p style="text-align: center;">Au-delà de cette date : 6 mois de carence pour la totalité des garanties</p>