



Assurance Santé Monde



Demande d'adhésion ASM en complément de FrancExpatSanté CFE

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"/>			
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 DEMANDE D'ADHESION AU PACS FranceExpat Santé CFE - ASM

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 de l'adhésion FrancExpat Santé CFE

Date d'ouverture des droits à Francexpat Santé CFE

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€

CAPITAL DECES Contrat Contrat N°G0397	
Montant du capital choisi entre mini 20.000€ et maxi 100.000€ par tranche de 20.000€

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 (€)

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, veuillez 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 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 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 du 6.1.78 modifiée, le responsable du traitement des informations recueillies est MGEN International Benefits 7 Square Max-Hymans, 75748 Paris cedex 15, France. Les données sont utilisées pour la gestion et le suivi de vos dossiers, et susceptibles d'être utilisées pour la lutte contre le blanchiment de capitaux et financement du terrorisme ou afin de se conformer à une réglementation applicable. Le traitement des données à caractère personnel est fondé sur la nécessaire exécution du contrat, sur l'intérêt légitime de l'Organisme assureur à établir une relation pertinente et appropriée avec ses adhérents et sur le consentement Les destinataires des données sont le personnel habilité de l'Organisme assureur, leurs mandataires, partenaires et réassureurs qui ont besoin d'avoir accès aux données pour la réalisation de ces opérations. En cas de transfert en dehors de l'Union européenne, ledit transfert est limité aux pays listés par la Commission européenne comme protégeant suffisamment les données et aux destinataires respectant soit les clauses contractuelles types proposées par la CNIL soit les règles internes de protection des données (BCR). Les données collectées sont conservées pendant toute la durée de l'exécution du contrat et pendant cinq (5) ans après la cessation de celui-ci.

Vous pouvez demander l'accès, la rectification, l'effacement ou la portabilité de vos données, définir des directives relatives à leur sort après votre décès, choisir d'en limiter l'usage ou vous opposer à leur traitement.. Veuillez adresser par écrit vos demandes en fournissant une copie d'un justificatif de votre identité au Services clients MGEN International Benefits, 7 Square Max-Hymans, 75748 Paris cedex 15, France, email : clients@mgen-ib.com. 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

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**, 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"/>
8/ Avez-vous programmé des rendez-vous médicaux dans les 3 mois suivant la 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 Santé Monde

Pièces à joindre à l'adhésion en complément de CFE Francexpat Santé

- 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 ASM et le RIB si vous avez choisi ce mode de paiement,
- Le RIB du compte sur lequel nous devons rembourser les prestations ASM,

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

Description du contrat

Numéro d'identification du contrat

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

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>