



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 <sup>er</sup> enfant			<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
2 <sup>ème</sup> enfant			<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
3 <sup>ème</sup> 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					
<b>Hospitalisation + Frais médicaux+ Optique/Dentaire</b>	<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								..... €	

<b>Droit associatif annuel non fractionnable</b> .....	<b>12€</b>
<b>MONTANT TOTAL DE LA COTISATION ANNUELLE</b> .....	<b>€</b>

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

Mensuellement (Prélèv. 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 ExpaTPA à recevoir pour mon compte les remboursements des frais d'hospitalisation pour lesquels j'ai bénéficié du tiers-payant.

**Renoncement 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](mailto: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 ExpaTPA** par mail à l'adresse [medical@vyv-ia.com](mailto:medical@vyv-ia.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
<b>Nom Prénom</b>						
<b>Date de naissance</b>						
<b>Sexe</b>						
<b>Taille</b>						
<b>Poids (kg)</b>						
<b>1/ Au cours des 3 dernières années et/ou actuellement, avez-vous dû interrompre vos activités plus de 15 jours pour maladie ou accident ?</b>	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"/>
<b>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 ?</b>	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"/>
<b>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) ?</b>	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"/>
<b>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 ?</b>	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"/>
<b>5/ Au cours des 12 derniers mois, avez-vous subi des examens de laboratoire ou médicaux (électrocardiogramme, scanner, IRM...) qui se soient révélés anormaux ?</b>	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"/>
<b>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) ?</b>	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"/>
<b>7/ Etes-vous atteint d'une infirmité, d'une invalidité, d'une maladie chronique ou congénitale ?</b>	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"/>

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, représentée 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

Sociétés soumises au contrôle de l'ACPR 61 rue Taibout 75434 Paris Cedex 9

ASSOCIATION SANTE MONDE - 19 rue La Boétie 75008 Paris

## ASSURANCE SANTE MONDE - Questionnaire de santé -

En plus des éléments médicaux fournis à l'attention du Médecin Conseil de ExpaTPa., 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 ExpaTPA.

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 »



Assurance Santé Monde

**Merci de nous retourner l'adhésion en complément de CFE Francexpat Santé accompagnée des pièces justificatives ci-dessous :**

- 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,
- L'attestation d'affiliation à la CFE

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

**CARENES APPLIQUEES AUX ADHESIONS PRENANT EFFET A COMPTER DU 01/04/2023– PRODUIT France**

<b>ADHESION COMMUNE CFE/ASM</b>	<b>CFE</b>	<b>ASM</b>
Dès le départ de France ou dans les 3 mois qui suivent le départ	<b>Pas de carence - Droits immédiats</b>	
+ de 3 mois après le départ de France → Jusqu'à 44 ans inclus  → A partir de 45 ans	Carence de 3 mois  Carence de 6 mois	Carence de 3 mois  Carence de 6 mois
<b>DEJA ADHERENT CFE</b>	<b>CFE</b>	<b>ASM</b>
<b><u>Quel que soit l'âge</u></b>	En période de carence  Carence CFE terminée	Carence identique à celle de la CFE <b>Carence de 3 mois à partir de la date d'adhésion</b> pour prothèses y compris dentaires et optiques  <b>Carence de 3 mois</b> pour toutes les garanties Soins inopinés ou accidentels couverts pendant cette période



# MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

## Référence Unique du Mandat :

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

Créancier

**Identifiant créancier SEPA (ICS) : FR32ZZZ871173**

Nom du créancier : ExpaTPA  
Adresse : 142 rue de Rivoli  
Code postal et ville : 75001 Paris  
Pays : FRANCE

Débiteur

Nom du débiteur : .....

Adresse (N° et rue) : .....

Code postal et ville : .....

Pays : .....

**Coordonnées bancaires du compte à débiter (Merci de joindre un Relevé d'Identité Bancaire) :**

N° de compte IBAN : .....

Code BIC : .....

Nom / Prénom de l'assuré(e) si vous payez la facture d'une autre personne :

.....

POUR UN PRÉLÈVEMENT  RÉCURRENT /  UNIQUE

**Signature du débiteur:**

Date (jour/mois/année):

..... / ..... / .....

Lieu :

.....

J'accepte d'être informé(e) de mes prélèvements au minimum 5 jours avant l'échéance.

*Les informations contenues dans le présent mandat, qui doit être complété, sont destinées à n'être utilisées par le créancier que pour la gestion de sa relation avec son client. Elles pourront donner lieu à l'exercice, par ce dernier, de ses droits d'oppositions, d'accès et de rectification tels que prévus aux articles 38 et suivants de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés. Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.*