



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      | <input type="checkbox"/> [1] | <input type="checkbox"/> [2] | <input type="checkbox"/> [3] |
| • mes avis de remboursement à l'adresse | <input type="checkbox"/> [1] | <input type="checkbox"/> [2] | <input type="checkbox"/> [3] |
| • mes appels de cotisation à l'adresse  | <input type="checkbox"/> [1] | <input type="checkbox"/> [2] | <input type="checkbox"/> [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"/>
4 <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 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, Royaume-Uni, Espagne, Portugal, Russie, 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, Hong Kong, Singapour, 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"/> <b>Hospitalisation</b>	<input type="checkbox"/> Confort    ou <input type="checkbox"/> Luxe	..... €
	<input type="checkbox"/> <b>Frais médicaux</b>	<input type="checkbox"/> Confort    ou <input type="checkbox"/> Luxe	..... €
Garantie COMPLEMENTAIRE	<input type="checkbox"/> <b>Optique/Dentaire</b>	<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		
<b>Capital en cas de décès ou de PTIA</b> <i>(perte totale et irréversible d'autonomie)</i>  <b>Y compris Doublement du capital en cas d'accident</b>	<b>Montant du capital choisi entre mini 20 000€ et maxi 300 000 €</b>  <b>par tranche de 20 000€ .....</b> €  <i>Si salarié Maxi versé : 300% du salaire brut</i> <i>Si non salarié maxi versé : 100 000€</i>	.....€
<b>Indemnités journalières en cas d'incapacité ou d'invalidité</b>  <i>Uniquement : en complément de la garantie capital Décès/PTIA et pour les salariés</i>	<b>Montant de l'indemnité journalière choisie :</b>  <b>Carence :</b> <input type="checkbox"/> 30 j <input type="checkbox"/> 60 j <input type="checkbox"/> 90 j  <b>Montant choisi.....</b> € Mini : 20 € ; Maxi : 140€ - par tranche de 20€ Maxi versé : 80% du salaire brut  <i>Nota : le capital Décès/PTIA choisi doit être égal ou supérieur à 1000 fois le montant de l'indemnité journalière choisie.</i> <i>ex IJ= 100 €, Mini CD = 100.000€ ; Maxi CD = 300.000€</i>	.....€
<b>Droit associatif annuel non fractionnable</b>		.....18 €
<b>MONTANT TOTAL DE LA COTISATION ANNUELLE</b>		.....€

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 (€).

#### CLAUSE 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.**

**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 ExpaTPA** 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 **VYV 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 ExpaTPA. 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 ExpaTPA.

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 ExpaTPA 39 rue Anatole France, 92300 Levallois-Perret ou 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"/>

**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 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 payeur des cotisations est différent du souscripteur, joindre la pièce d'identité du payeur des cotisations.

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



# 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.*