

Adhérent

Madame Mademoiselle Monsieur

Nom : _____ Prénom : _____

Né(e) le : __ / __ / ____ Nationalité : _____

Pays d'expatriation : _____

N° de Sécurité sociale : _____

Adhérent CFE : oui non Autre, précisez : _____

Tél. domicile : _____ Tél. portable : _____

Email (pour recevoir vos alertes de remboursement et de cotisation) : _____

Adresse d'expédition (pour votre dossier d'adhésion et vos décomptes de remboursement) : _____

Nom et adresse d'expédition des appels de cotisation (si différente de l'adresse ci-dessus) : _____

Les autre(s) personne(s) à assurer (sous réserve d'acceptation)

	NOM, PRENOM	SEXE	DATE DE NAISSANCE
Conjoint			1____/1____/1____
Enfants à charge*	1		1____/1____/1____
	2		1____/1____/1____
	3		1____/1____/1____

*L'âge de vos ayants-droit est limité à 20 ans. Pour les contrats First'Expat (au 1^{er} €), l'âge limite est porté à 25 ans s'ils poursuivent des études.

Votre contrat d'assurance

• **date de début d'adhésion souhaitée** (sous réserve d'acceptation)

Le 1^{er} jour qui suit la réception du bulletin d'adhésion à l'ASFE

Une date ultérieure : __ / __ / 20 __

• **votre couverture** individuelle 1 adulte + 1 enfant familiale

• **solution choisie et coût de votre cotisation trimestrielle**

BON À SAVOIR :

- L'adhérent doit avoir plus de 18 ans
- Le coût de la cotisation est fonction de l'âge de l'adhérent au 1^{er} janvier de l'année de souscription
- Dans le cas d'une couverture familiale, l'âge de l'adhérent à prendre en compte pour le coût de la cotisation est celui de la personne la plus âgée du couple.

		SANTÉ SIMPLE	FORFAIT	MENU (<55 ANS)	COTISATION TRIMESTRIELLE 1
Relais'Expat	Indice 30	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	€
	Base	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	€
	Base + Option	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Indice 40	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	€
First'Expat	Base	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	€
	Base + Option	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	€
	ASU90 €	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	€
	ASU90 US\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	US\$
Senior'Expat	ASU100	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	€
	Maps 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	€
	Maps 2+	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	€

VOS GARANTIES PRÉVOYANCE À LA CARTE (<60 ANS)		MONTANT CHOISI	COTISATION TRIMESTRIELLE
<input type="checkbox"/>	Capital décès ou Invalidité Absolue et Définitive doublé en cas d'accident		€
<input type="checkbox"/>	Rente éducation nombre d'enfant : ___		€
<input type="checkbox"/>	Capital Infirmité Permanente par Accident		€
<input type="checkbox"/>	Indemnités journalières / rente d'invalidité		€
		TOTAL 2	

Votre clause bénéficiaire

(En cas de souscription d'un capital décès à la carte ou dans le « Menu »)

- Je désigne comme bénéficiaire** mon conjoint non divorcé, non séparé par un jugement définitif, à défaut mes enfants survivants, par parts égales entre eux, à défaut mes parents par parts égales entre eux ou au survivant d'entre eux, à défaut mes héritiers par parts égales entre eux.
- Je désigne comme bénéficiaire(s) :**

Paiement de vos cotisations

• périodicité :

- annuelle
 semestrielle
 trimestrielle

• mode de règlement :

- par prélèvement automatique sur un compte en France (sauf pour First'Expat – ASU90 US\$)
 un **chèque** du montant de votre 1er trimestre de cotisation **dans la devise du contrat** (à l'ordre de l'ASFE)

Info : Pour vos prochaines cotisations, vous pourrez opter pour un paiement sécurisé par carte bancaire sur notre site internet (Rubrique Espace Adhérent / Paiement en ligne).

- Je donne mandat à l'ASFE pour choisir les organismes qu'elle aura sélectionnés au mieux de mes intérêts et me représenter auprès de ceux-ci. J'autorise Mobility Benefits à recevoir pour mon compte les décomptes de remboursement de la CFE et à percevoir directement de la CFE ou de la Sécurité sociale le remboursement des frais d'hospitalisation pour lesquels j'ai bénéficié du tiers-payant.
- Je reconnais avoir pris connaissance des conditions générales et particulières, valant notice d'information, et les accepter.
- Je reconnais être informé(e) que je peux demander communication, rectification ou suppression des informations me concernant qui figureraient sur tout fichier (ce droit peut être exercé en nous écrivant à l'adresse suivante : Mobility Benefits – 28 rue de Mogador – 75009 Paris) en vertu de la Loi Informatique et Libertés du 06/01/1978.

À _____ le __ / __ / 20__

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

TOTAL GÉNÉRAL 1 + 2

QUESTIONNAIRE MÉDICAL

En cas de réponse positive à l'une des questions ci-dessous pour vous ou l'un des vôtres, merci d'**apporter toutes les précisions utiles** (date, motif, suite ou séquelle, nature du traitement, durée...) sur une feuille complémentaire datée et signée.

Pour des raisons de confidentialité de votre dossier, merci de la joindre à votre envoi dans une enveloppe fermée à l'attention du « Médecin Conseil ».

Nom et prénom de l'adhérent :

	ADHÉRENT	CONJOINT	ENFANT 1	ENFANT 2	ENFANT 3
1. Prénom					
2. Taille (cm)					
3. Poids (kg)					
Veuillez répondre à toutes les questions et apportez les précisions demandées si nécessaires					
4. Êtes-vous actuellement en arrêt maladie ?	<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
5. Avez-vous eu au cours des 3 dernières années un arrêt médical supérieur à 30 jours ?	<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
6. Avez-vous subi au cours des 10 dernières années une ou plusieurs interventions chirurgicales (sauf ablation de l'appendicite, des amygdales, des végétations ou de la vésicule biliaire) ?	<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
7. Devez-vous prochainement subir une intervention ?	<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
8. Avez-vous séjourné au cours des 10 dernières années dans un hôpital, une clinique, une maison de santé ou un établissement thermal ?	<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
9. Devez-vous le faire prochainement ?	<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
10. Avez-vous été atteint au cours des 10 dernières années de maladies, affections ou accidents ayant entraîné une surveillance médicale de plus de 30 jours ?	<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
11. Êtes-vous actuellement sous surveillance médicale (traitements, soins médicaux) et/ou prenez-vous des médicaments prescrits par un médecin (autre que contraceptifs) ?	<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
12. Bénéficiez-vous avant cette adhésion d'une prise en charge à 100 % pour raison médicale par la Sécurité sociale ?	<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

	ADHÉRENT	CONJOINT	ENFANT 1	ENFANT 2	ENFANT 3
13. Avez-vous subi, au cours des 5 dernières années, des tests biologiques et/ou sérologiques qui se soient révélés anormaux ?	<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
14. Bénéficiez-vous d'une pension d'invalidité militaire ou civile supérieure à 15 % ?	<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
15. Êtes-vous en cours ou en prévision d'un traitement dentaire ?	<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
16. Consommez-vous : - plus de 10 cigarettes par jour ? - plus de 2 verres de vin (ou équivalent) par jour ?	<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
17. Consommez-vous ou avez-vous déjà consommé des stupéfiants (marijuana, haschich...) ? - Si vous avez arrêté, depuis quelle date ?	<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 -----
18. Avez-vous déjà suivi une psychothérapie ou consulté un psychiatre ? - Si oui, quand ?	<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 -----

Je soussigné certifie avoir répondu avec exactitude et sincérité aux questions de ce formulaire, n'avoir rien déclaré ou omis de déclarer qui puisse induire en erreur les Assureurs de l'Association (étant entendu que les articles L.113-8 et L.113-9 du Code des Assurances prescrivent la nullité de l'assurance et la réduction des garanties s'il est fait la preuve d'une fausse déclaration).

Fait à _____ le __ / __ / 20__

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

Après acceptation de l'Assureur (sachant qu'en fonction de vos déclarations et des garanties souhaitées, il peut vous être demandé des pièces médicales complémentaires), vous recevrez un certificat d'assurance qui vous donnera les conditions de garanties et de cotisations qui vous sont applicables : à ce certificat seront jointes les conditions générales correspondant à votre contrat, également disponibles en ligne sur www.asfe-expat.com





AUTORISATION DE PRÉLÈVEMENT AUTOMATIQUE
(sur un compte en France Uniquement)

J'autorise l'établissement teneur de mon compte à prélever sur ce dernier, si sa situation le permet, tous les montants des cotisations dues au créancier désigné ci-dessous. En cas de litige sur un prélèvement, je pourrai en faire suspendre l'exécution par simple demande à l'établissement teneur de mon compte. Je réglerai le différent directement avec le créancier. La présente autorisation est valable jusqu'à annulation de ma part en temps voulu au créancier.

N° NATIONAL D'EMETTEUR
460359

NOM, PRENOM ET ADRESSE DU DEBITEUR				NOM ET ADRESSE DU CREANCIER	
				MOBILITY SAINT-HONORE 28, rue Mogador 75009 Paris (France)	
				NOM ET ADRESSE POSTALE DE L'ETABLISSEMENT TENEUR DU COMPTE A DEBITER	
COMPTE A DEBITER					
Etablissement	Guichet	N° Compte	Clé RIB		
DATE		SIGNATURE OBLIGATOIRE			