

FIRST' EXPAT+

DEMANDE D'ADHÉSION

Votre conseiller

Nom : EKERT Jean Michel

Tel. : +33 (0)1 53 16 42 61

MERCI DE COMPLÉTER CE FORMULAIRE EN LETTRES CAPITALES, et de l'envoyer à votre courtier aux coordonnées en **dernière page du bulletin**. Vous pourrez adhérer **par e-mail** ou **par courrier**.

1 INFORMATIONS SUR L'ADHÉRENT PRINCIPAL AU CONTRAT

Seules les personnes de moins de 71 ans peuvent souscrire au contrat.

Civilité : M. Mme

Prénom(s) :

Nom de famille :

Date de naissance : / / (JJ/MM/AAAA) Sexe : Masculin Féminin

Nationalité (nationalité de votre passeport principal) :

Pays d'origine (il s'agit soit de votre pays nationalité, soit du pays dans lequel vous souhaiteriez être rapatrié[e]) :

Pays d'expatriation (il s'agit du pays dans lequel vous vivez plus de 6 mois dans l'année) :

Adresse postale dans votre pays de résidence principale (obligatoire) :

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

Numéro de téléphone : indicatif pays : indicatif régional : numéro :

Adresse e-mail pour recevoir les alertes de remboursement (obligatoire, en lettres capitales) :

Adresse e-mail pour recevoir les appels de cotisation (si différente de l'adresse e-mail ci-dessus, obligatoire) :

Profession (obligatoire, si étudiant ou sans activité, le préciser) :

Secteur d'activité :

Langue dans laquelle vous souhaitez recevoir vos documents contractuels : Français Anglais

2 AYANTS-DROIT AU CONTRAT

Les ayants droit peuvent être le Conjoint ou les Enfants à charge de moins de 20 ans ou de moins de 26 ans s'ils poursuivent leurs études. Dans ce dernier cas, au début de chaque année scolaire après l'âge de 20 ans, l'enfant à charge devra justifier de sa scolarité. S'il n'y a pas suffisamment d'espace pour tous les ayants droit, merci d'utiliser une copie de ce formulaire de demande d'adhésion.

Nous vous remercions de porter à la connaissance de vos ayants-droit, nos dispositions relatives à la protection de leurs données à caractère personnel et plus particulièrement de les informer de leurs droits d'accès, rectification ou effacement, limitation, opposition et de portabilité de leurs données à caractère personnel.

	AYANT DROIT 1	AYANT DROIT 2	AYANT DROIT 3	AYANT DROIT 4
Lien avec l'adhérent principal	Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/>	Enfant <input type="checkbox"/>	Enfant <input type="checkbox"/>	Enfant <input type="checkbox"/>
Prénom(s)				
Nom de famille				
Date de naissance (JJ/MM/AAAA)	/ /	/ /	/ /	/ /
Sexe	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
Nationalité				
Pays d'origine				
Pays de résidence				
Profession (obligatoire, si étudiant ou sans activité le préciser)				
Secteur d'activité				

Merci d'indiquer la date à laquelle vous souhaitez que votre couverture commence (JJ/MM/AAAA) : / /
(doit obligatoirement être le 1^{er} ou le 15 du mois souhaité)

Aucune adhésion rétroactive ne pourra être acceptée.

La couverture est sujette à l'acceptation de votre demande d'adhésion, qui vous sera confirmée par l'envoi du certificat d'adhésion.

3 CHOIX DE VOTRE NIVEAU DE COUVERTURE SANTÉ ET DES OPTIONS ASSOCIÉES

Merci de bien vouloir noter que la devise / le niveau de couverture santé / les garanties de couverture santé / la franchise doivent être les mêmes pour l'ensemble des bénéficiaires du contrat.

La devise du contrat : Dollar US

Choisissez votre Formule de couverture santé :

Formule Quartz Formule Pearl Formule Sapphire Formule Diamond

Choisissez vos garanties de couverture de santé :

- HEALTH** : Hospitalisation + Frais médicaux courants*
- HEALTH +** : Hospitalisation + Frais médicaux courants* + Optique + Dentaire
- HEALTH + CHILD** : Hospitalisation + Frais médicaux courants* + Optique + Dentaire + Maternité

* la garantie Hospitalisation + Frais médicaux courants inclut automatiquement l'Assistance Juridique + la RC Vie Privée + l'Evacuation Médicale

Choisissez votre franchise :

Cette franchise s'appliquera à l'ensemble de vos soins en hospitalisation et en soins médicaux courants couverts par la formule Health.

La devise de la franchise doit correspondre à la devise du contrat sélectionnée ci-dessus.

Attention, selon la zone de couverture et le niveau de couverture santé choisis, seuls certains niveaux de franchise pourront être souscrits.

Pas de franchise 500 \$ 1 000 \$ 2 500 \$ 5 000 \$

Choix de la zone de couverture (la zone de couverture minimale par défaut est celle dans laquelle figure votre pays d'expatriation) :

Les garanties sont acquises dans la zone de couverture sélectionnée ainsi que dans les zones de couverture inférieures : ainsi par exemple, si la zone de couverture 3 a été retenue, les garanties sont acquises en zone 3 mais également dans les Zones 1 et 2. Si vous souhaitez être couvert dans une zone de couverture supérieure, merci de la renseigner ici et indiquer le pays :

- Zone 5** : USA + Zone 1, 2, 3, 4
- Zone 4** : Bahamas, Brésil, Chine, Hong Kong, Jersey, Royaume-Uni, Saint-Barthélemy, Saint Martin, Suisse et Singapour + Zones 1, 2, 3
- Zone 3** : Australie, Autriche, Canada, Émirats Arabes Unis, Espagne, Grèce, Irlande, Israël, Italie, Japon, Nouvelle-Zélande, Polynésie Française, Portugal, Qatar, Saint Pierre et Miquelon, Taiwan, Turquie, Russie et Vanuatu + Zones 1, 2
- Zone 2** : Afrique du Sud, Andorre, Angola, Allemagne, Arabie Saoudite, Argentine, Azerbaïdjan, Bahreïn, Barbade, Belgique, Biélorussie, Bolivie, Bosnie-Herzégovine, Bulgarie, Chili, Chypre, Colombie, Costa Rica, Croatie, Danemark, Djibouti, Équateur, Finlande, Géorgie, Guatemala, Hongrie, Islande, Kazakhstan, Koweït, Lettonie, Liban, Liechtenstein, Luxembourg, Malaisie, Mexique, Monaco, Mozambique, Norvège, Nigéria, Oman, Panama, Pays-Bas, Pérou, République Dominicaine, République Tchèque, Slovaquie, Suède, Thaïlande, Ukraine, Uruguay, Venezuela, Vietnam et Wallis et Futuna + Zone 1
- Zone 1** : Monde entier (dont la France) hors pays des Zones 2 à 5

Pour des raisons de lisibilité, certaines îles et territoires ne figurent pas dans la liste de pays. Si votre pays d'expatriation n'apparaît pas, merci de prendre contact avec nous.

Nous vous informons que certains des pays listés ci-dessus hors Union Européenne, vers lesquels vos données pourraient être transférées si vous y résidez, peuvent assurer un niveau de protection différent de celui prévu par le RGPD.

- Je consens explicitement, pour bénéficier des garanties santé de mon contrat, à ce que mes données puissent être transférées vers des pays tiers à l'Union Européenne assurant un niveau de protection adéquat ou moyennant l'usage de garanties appropriées comme la conclusion des clauses types de protection des données adoptées par la Commission Européenne ou encore sur la base des dérogations prévues à l'article 49 du règlement no 2016/679, dit règlement général sur la protection des données.

4 CHOIX DE L'OPTION ASSISTANCE RAPATRIEMENT

OUI NON



5 MODALITÉS DE PAIEMENT DE VOTRE COTISATION

Montant trimestriel de votre cotisation : , Dollar US

PÉRIODICITÉ ET MODE DE RÈGLEMENT

Merci de cocher la périodicité et le mode avec lesquels vous souhaitez effectuer votre paiement :

	ANNUEL	SEMESTRIEL	TRIMESTRIEL	MENSUEL
Prélèvement automatique SEPA CORE** sur un compte bancaire en France (Le premier paiement se fera par CB, merci de bien compléter les 2 modes de paiement qui suivent)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Carte bancaire* pour votre première cotisation puis règlement des échéances suivantes par paiement sécurisé par carte bancaire sur votre Espace Assuré	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Non disponible
Chèque bancaire à l'ordre d'ASFÉ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Non disponible

<p>Fait à (ville/pays, hors USA) :</p> <p>Le (JJ/MM/AAAA) : / /</p>	<p>Signature de l'adhérent, ou du représentant légal de l'enfant mineur (dans ce cas, merci d'indiquer votre qualité (parent, tuteur...) ainsi que votre nom et prénom) précédée de la mention « Lu et approuvé » :</p>
--	---

* En cas de paiement par carte bancaire, merci de compléter les informations suivantes :

Type de carte de crédit : Visa <input type="checkbox"/> Mastercard <input type="checkbox"/> Amex <input type="checkbox"/>
Nom du titulaire de la carte bancaire : <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"/> <input type="text"/>
Signature du titulaire de la carte bancaire :
Numéro de carte : <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"/>
Date d'expiration (MM/AA) : <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/>
Cryptogramme visuel : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
(les trois derniers chiffres au dos de votre carte, sauf carte American Express)

Après règlement de votre première échéance par carte bancaire, ces informations seront détruites pour des raisons réglementaires.

<p>Autorisation de paiement par carte bancaire :</p> <p>J'autorise MSH INTERNATIONAL pour le compte d'ASFÉ à débiter ma carte bancaire pour le montant de la première cotisation de mon assurance santé internationale, soit : <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"/> Dollar US</p>

<p>Fait à (ville/pays, hors USA) :</p> <p>Le (JJ/MM/AAAA) : / /</p>	<p>Signature de l'adhérent, ou du représentant légal de l'enfant mineur (dans ce cas, merci d'indiquer votre qualité (parent, tuteur...) ainsi que votre nom et prénom) précédée de la mention « Lu et approuvé » :</p>
--	---

** En cas de paiement par prélèvement automatique SEPA CORE sur un compte bancaire en France, merci de compléter l'autorisation de prélèvement suivante, de joindre votre RIB et de remplir également l'autorisation de Carte Bancaire en page 3 pour le premier paiement de votre cotisation :

MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA CORE

Référence unique du mandat : RUM (vous sera communiquée lors de votre prochain appel de cotisation)

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez MSH INTERNATIONAL à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte de façon récurrente (selon la périodicité choisie) conformément aux instructions de MSH INTERNATIONAL. Vous bénéficiez d'un droit à remboursement par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Toute demande de remboursement doit être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte.

Ces informations sont obligatoires et nécessaires à votre créancier afin de mettre en oeuvre le mandat de prélèvement. Conformément à la réglementation en matière de protection des données personnelles applicables dans votre pays, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification portant sur les données personnelles vous concernant, ainsi que celui de vous opposer à leur traitement, sous réserve de justifier d'un motif légitime (si exigé par la loi applicable dans votre pays). Pour exercer ces droits, vous pouvez vous référer au contrat conclu avec votre créancier.

NOM, PRÉNOM ET ADRESSE DU DÉBITEUR

INFORMATIONS DU CRÉANCIER

Nom et adresse du créancier :

MSH INTERNATIONAL
Immeuble Season - 39 rue Mstislav Rostropovitch
75815 Paris cedex 17
Identifiant du Créancier SEPA (ICS) : FR60ZZZ460359

COORDONNÉES BANCAIRES DU DÉBITEUR

IBAN:

BIC:

Nom de votre banque:

DATE (JJ/MM/AAAA)

SIGNATURE OBLIGATOIRE

6 MODALITÉS DE REMBOURSEMENT

Je souhaite que mes remboursements soient versés:

- sur le même compte bancaire que celui que j'indique pour le prélèvement de mes cotisations
 sur un compte bancaire différent du compte utilisé pour le prélèvement des cotisations (joindre un Relevé d'Identité Bancaire (RIB))

NOM, PRÉNOM ET ADRESSE

COORDONNÉES BANCAIRES

IBAN:

BIC:

Nom de votre banque:

DATE (JJ/MM/AAAA)

SIGNATURE OBLIGATOIRE



7 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 le verso de ce questionnaire daté et signé. Pour des raisons de confidentialité de votre dossier, merci de joindre ces précisions à votre envoi dans une enveloppe fermée à l'attention du « Médecin conseil ».

En fonction des précisions apportées et après analyse de notre médecin conseil, nous pouvons être amenés à refuser votre demande d'adhésion ou à l'accepter avec des restrictions de garanties ou avec une majoration de votre cotisation, tel que précisé dans les conditions générales du contrat.

Chaque assuré doit compléter et signer un Questionnaire Médical (signature du responsable légal en cas d'enfant mineur). Si vous avez plus d'un questionnaire médical à compléter, merci d'en faire une photocopie.

QUESTIONS

Vous êtes ? ADHÉRENT PRINCIPAL CONJOINT ENFANT

Nom

Prénom

Taille (cm)

Poids (kg)

VEUILLEZ RÉPONDRE À TOUTES LES QUESTIONS ET APPORTER LES PRÉCISIONS DEMANDÉES SI NÉCESSAIRES

1 Êtes-vous actuellement en arrêt maladie ? OUI NON

2 Avez-vous eu au cours des 3 dernières années un arrêt médical supérieur à 10 jours ? OUI NON

3 Au cours des 10 dernières années, avez-vous été hospitalisé(e) et/ou subi une intervention chirurgicale y compris par endoscopie (autre que accouchement, appendicectomie bénigne, dents de sagesse, ablation des amygdales ou des végétations dans l'enfance, fracture sans complication(s) de plus d'un an...)? OUI NON

4 Avez-vous été atteint au cours des 10 dernières années de maladies, affections accidents ayant entraîné une surveillance médicale (traitements, soins médicaux réguliers...) de plus de 15 jours? OUI NON

5 Êtes-vous actuellement sous surveillance médicale (traitements, soins médicaux, suivi médical régulier...) et/ou prenez-vous des médicaments prescrits par un médecin (autre que contraceptifs) ? OUI NON

6 Bénéficiez-vous avant cette adhésion d'une prise en charge à 100% pour raison médicale par la sécurité sociale dans le cadre d'une ALD (Affection Longue Durée) ?
Si oui, merci de préciser la pathologie. OUI NON

Devez-vous, dans les 12 prochains mois, subir (hors maternité et hors examens de prévention): OUI NON
- une intervention médicale ou chirurgicale ?

7 - un examen médical (radiologie, examen de laboratoire, IRM, scanner, consultation...) ? OUI NON

- un traitement médical de toute sorte (psychologie, kinésithérapie, radiothérapie, orthophonie, chimiothérapie, traitement dentaire, médicamenteux...)? OUI NON

8 Avez-vous subi, au cours des 5 dernières années, des tests biologiques et/ou sérologiques qui se soient révélés anormaux ? OUI NON



9 L'un de vos parents, frères ou sœurs (y compris décédés) a-t-il souffert, avant l'âge de 65 ans, de problèmes cardiaques, taux de cholestérol élevé, cancer, troubles rénaux, polyposie du côlon, ou toute autre pathologie héréditaire ?

OUI NON

10 Consommez-vous :

- plus de 10 cigarettes par jour ?

OUI NON

- plus de 2 verres de vin (ou équivalent) par jour ?

OUI NON

11 Avez-vous déjà suivi une psychothérapie ou consulté un psychiatre ?
Si oui, quand ?

OUI NON
/ /

En cas de réponse positive à l'une des questions ci-dessus pour vous ou l'un des vôtres, merci d'apporter toutes les précisions utiles (date, motif, suite ou séquelle, nature du traitement, durée...) en rappelant le numéro de la (des) question(s) à laquelle (auxquelles) vous avez répondu « OUI ». Si vous avez besoin de plus d'espace, merci de nous joindre vos précisions sur papier libre.

Je soussigné(e) 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 MSH INTERNATIONAL et entraîner l'application des articles L.113-8 et L.113-9 du code des assurances.

Fait à (ville/pays, hors USA) :

Le (JJ/MM/AAAA) : / /

Signature de l'adhérent, ou du représentant légal de l'enfant mineur

(dans ce cas, merci d'indiquer votre qualité (parent, tuteur...) ainsi que votre nom et prénom) précédée de la mention « Lu et approuvé » :

8 PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES

MSH International situé à Season, 39 rue Mstislav Rostropovitch 75815 Paris cedex 17, met en œuvre un traitement de données à caractère personnel nécessaire à la mise en place de votre contrat de couverture santé, sa gestion et son suivi et à la réalisation des diligences réglementaires en matière de lutte contre le blanchiment et de financement du terrorisme, la communication d'informations exceptionnelles et temporaires relatives à des événements de crise et force majeure (crise sanitaire, politique...). A cet égard, les données collectées sont toutes obligatoires.

Les destinataires de vos données à caractère personnel sont : l'assureur porteur de risques, les différentes entités composant MSH International et les prestataires participant à l'exécution de votre contrat à travers le monde. A ce titre, vos données peuvent être transférées vers des pays tiers à l'Union Européenne assurant un niveau de protection adéquat ou moyennant l'usage de garanties appropriées comme la conclusion des clauses types de protection des données adoptées par la Commission Européenne ou encore sur la base des dérogations prévues à l'article 49 du règlement no 2016/679, dit règlement général sur la protection des données.

Vos données à caractère personnel seront conservées pendant toute la durée du Contrat telle que prescrite par les lois applicables en la matière.

Vous disposez à tout moment d'un droit d'accès, de rectification, ou d'effacement ou de limitation ou d'opposition et de portabilité de vos données à caractère personnel ainsi que du droit d'organiser des directives post mortem. Pour l'exercice de vos droits, veuillez écrire au Délégué à la Protection des Données par e-mail à l'adresse dpo@s2hgroup.com ou par courrier à SIACI SAINT HONORE - Délégué à la Protection des Données - Immeuble Season - 39 rue Mstislav Rostropovitch 75815 Paris Cedex 17.

Vous disposez du droit d'introduire une réclamation auprès d'une autorité de contrôle en charge de la protection des données personnelles.

Vous pouvez accéder à notre Politique de Protection des Données à Caractère Personnel dans son intégralité en vous rendant sur notre site, www.msh-intl.com rubrique «Mentions légales».

9 NOTE D'INFORMATION

Nous vous prions de bien vouloir prendre connaissance des éléments importants qui suivent.

Notre analyse et nos propositions se sont basées sur les informations, besoins et contraintes que vous avez pu nous communiquer et nous exprimer au cours de nos échanges. Il est à noter que la qualité et l'exactitude des informations communiquées par le souscripteur, notamment en matière financière et d'objectifs de souscription, influe directement sur la qualité et la pertinence de notre proposition.

Il est absolument nécessaire que vous lisiez attentivement l'ensemble des conditions de votre contrat d'assurance et plus particulièrement les paragraphes consacrés aux risques exclus, à la durée de votre contrat, aux éventuels délais de carence, de franchise, aux définitions des garanties et aux sanctions en cas d'informations inexacts ou incomplètes.

Pour tout mécontentement, votre interlocuteur habituel est à votre disposition.

Vous pouvez également solliciter le Service réclamation, au 23 allées de l'Europe 92 587 Clichy Cedex ou à l'adresse du Service réclamation du siège régional dont vous dépendez (et dont les coordonnées sont rappelées dans la rubrique «Contact»).

Dans ce cas, nous nous engageons à vous apporter une réponse sous deux mois maximum à compter de la réception de la totalité des éléments de votre réclamation ou, à défaut, de vous tenir informé du déroulement de son traitement.

Si vous restez en désaccord avec la réponse ou solution apportée, en dernier recours, la Médiation de l'Assurance peut être saisie par courrier: TSA 50110 - 75441 Paris Cedex 09.

Nous restons à votre entière disposition pour répondre à toutes vos questions.

10 SIGNATURE DE LA DEMANDE D'ADHÉSION

JE DEMANDE mon adhésion à ASFE (Association of Services for Expatriates), association de loi 1901 dont le siège est Immeuble Season - 39 rue Mstislav Rostropovitch - 75815 Paris cedex 17, ainsi qu'aux conventions d'assurance souscrites par elle auprès des compagnies d'assurances suivantes :

- **GROUPAMA GAN VIE** pour les garanties de Frais de Santé et les garanties de Prévoyance de FIRST'EXPAT+
- **EUROP ASSISTANCE** pour les garanties d'Evacuation Médicale et d'Assistance Médicale / Rapatriement sanitaire de FIRST'EXPAT +
- **CIVIS - AREAS** pour les garanties d'Assistance Juridique de FIRST'EXPAT+
- **CHUBB** pour les garanties de Responsabilité Civile de FIRST'EXPAT+

JE RECONNAIS :

- avoir pris note du conseil délivré par MSH INTERNATIONAL et souhaite le suivre. MSH INTERNATIONAL est une société française de courtage (enregistrée à l'ORIAS sous le numéro°07 002 751) qui conçoit et gère pour le compte de l'ASFE l'ensemble de sa gamme d'assurances, dont le contrat FIRST'EXPAT +.
- avoir pris connaissance et accepté les dispositions des conditions générales FIRST'EXPAT+, valant notice d'information, en avoir conservé un exemplaire et accepter les termes de la présente demande d'adhésion, valant conditions particulières. Je reconnais avoir pris connaissance de mon droit à renonciation.
- avoir pris connaissance que mes communications téléphoniques avec les services de gestion de MSH INTERNATIONAL peuvent être enregistrées pour les besoins de gestion interne et dans le but d'améliorer nos services. Je peux avoir accès aux enregistrements de mes appels en m'adressant par écrit à MSH INTERNATIONAL - Gestion ASFE - 23 allées de l'Europe - 92587 Clichy Cedex - France et en joignant à ma demande une pièce d'identité. Chaque enregistrement est conservé pendant un délai de 90 jours.
- que l'adhésion à l'ASFE ne me dispense pas des cotisations dues au régime obligatoire dont je pourrais relever.
- avoir pris connaissance qu'il ne pourra être procédé à aucun paiement à destination, directe ou indirecte, d'un pays soumis à sanctions, tel qu'édicte, par exemple, par les Nations Unies, l'Office of Foreign Assets Control (OFAC) du Trésor américain ou l'Union Européenne.
- avoir reçu toutes les informations en matière de traitement de données à caractère personnel et avoir consenti explicitement, si je réside hors Union Européenne pour bénéficier d'une couverture santé à l'international, à ce que mes données puissent être transférées vers des prestataires de santé situés dans des pays tiers à l'Union Européenne assurant un niveau de protection différent de celui prévu par le RGPD.
- être informé qu'en cas d'adhésion sur la base de documents scannés, il est de ma responsabilité de conserver les originaux correspondant pendant toute la vie du contrat car ils pourront m'être réclamés à titre de contrôle à tout moment au cours de cette période. Si je ne peux fournir les documents originaux demandés, il y aura déchéance de garantie.
- avoir informé mes ayants-droit au contrat, des droits dont ils disposent en matière de protection de leurs données à caractère personnel.

J'AUTORISE MSH INTERNATIONAL à recevoir pour mon compte les décomptes de remboursement des frais d'hospitalisation pour lesquels j'ai bénéficié du tiers-payant.

JE CERTIFIE avoir répondu avec exactitude et sincérité aux questions de ce dossier de souscription et n'avoir rien déclaré ou omis de déclarer qui puisse induire en erreur MSH INTERNATIONAL et entraîner l'application des articles L.113-8 et L.113-9 du code des assurances.

Fait à (ville/pays, hors USA) :

Le (JJ/MM/AAAA) : / /

Signature de l'adhérent, ou du représentant légal de l'enfant mineur

(dans ce cas, merci d'indiquer votre qualité (parent, tuteur...) ainsi que votre nom et prénom) précédée de la mention « **Lu et approuvé** » :



11 FINALISATION DE LA DEMANDE D'ADHÉSION

Pour finaliser votre adhésion, merci de nous adresser par e-mail ou courrier postal :

- le bulletin d'adhésion complété et signé,
- le questionnaire médical figurant sur les pages suivantes, complété et signé, et les informations médicales complémentaires si des réponses positives ont été signalées,
- une copie d'une pièce d'identité (carte d'identité ou de passeport) de l'adhérent principal et ses ayants-droit,
- un RIB ou les coordonnées du compte bancaire à créditer pour le remboursement de vos frais de soins de santé,
- une attestation de votre précédente complémentaire santé datée de moins d'un mois ainsi qu'un résumé de garanties pour étudier la suppression éventuelle des délais de carence de certaines garanties,
- un certificat de scolarité pour vos enfants de 20 à 25 ans.

Vous pouvez régler votre cotisation avec :

- le mandat de prélèvement SEPA CORE complété et signé (sur un compte en France uniquement),

ou

- l'autorisation de débit de carte bancaire complétée et signée, avec la pièce d'identité du souscripteur s'il est différent de l'assuré

ou

- un chèque à l'ordre d'ASFE

Après règlement de votre cotisation, vous recevrez un e-mail de bienvenue avec :

- une carte personnalisée avec l'ensemble de nos coordonnées,
- vos identifiants pour vous permettre d'accéder à l'ensemble des services en ligne mis à votre disposition sur www.msh-intl.com, rubrique 'SE CONNECTER' (en haut à droite),
- votre guide de l'adhérent, qui comprend l'ensemble des conditions générales du contrat et toutes les informations nécessaires à l'utilisation de votre contrat

Vous pouvez faire votre demande d'adhésion :

PAR E-MAIL :

PAR COURRIER :

Adresse :

Ville :

Code postal :

Pays :

Une question ? Contactez-nous !

+33 (0)1 53 16 42 61

Nous vous informons que toute demande incomplète ne pourra pas être traitée.

 MSH INTERNATIONAL

pour le compte de



GROUPE SIACI SAINT HONORE

ASFE - MSH INTERNATIONAL : société française de courtage d'assurance, société par actions simplifiées au capital de 2 500 000 euros, dont le siège social est Immeuble Season - 39 rue Mstislav Rostropovitch - 75815 Paris cedex 17, 352 807 549 - RCS paris, enregistrée à l'ORIAS sous le n°07 002 751, n° de TVA intracommunautaire FR 78 352 807 549

ASFE, Association of Services For Expatriates, créée en 1992, est une association de loi 1901.

Sa vocation est d'apporter des solutions à tous les expatriés dans le monde entier en matière de couverture santé, prévoyance, assistance médicale / rapatriement, et responsabilité civile.

MSH International, concepteur et gestionnaire des contrats ASFE, est l'un des leaders mondiaux de la protection sociale internationale, avec plus de 400 000 personnes couvertes en situation de mobilité internationale à travers le monde. MSH INTERNATIONAL met à votre service une équipe dédiée, disponible pour vous accompagner et vous conseiller au quotidien.

VOS CONTACTS

Pour de plus amples informations ou pour souscrire, vous pouvez nous contacter via les coordonnées suivantes :

- Tél. : +33 (0)1 44 20 48 77
- E-mail : contact@asfe-expat.com
- Site web : www.msh-intl.com
- Facebook : MSH International