

FIRST' EXPAT+

DEMANDE D'ADHÉSION

I1267



GRUPE SIACI SAINT HONORE

pour le compte de



MONCEY
ASSURANCES & CONSEILS

MERCI DE COMPLÉTER CE FORMULAIRE EN LETTRES CAPITALES, et de nous l'envoyer :
Par e-mail à : newapplication@msh-intl.com en signant et scannant l'ensemble de ce bulletin d'adhésion
Par courrier postal, voir coordonnées en bas de la dernière page de ce bulletin.

1 INFORMATIONS SUR L'ADHÉRENT PRINCIPAL AU CONTRAT

Seules les personnes de moins de 66 ans (ou de moins de 71 ans qui exercent une activité professionnelle) 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 21 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.

	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				

3 DATE D'EFFET DE L'ADHÉSION AU CONTRAT

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.

4 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.

Choisissez la devise du contrat : Euro (Zones 1 à 4) Dollar US (Toutes zones)

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

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 en € 350 € 750 € 2 000 € 4 000 €

Pas de franchise en \$ 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, Monaco, 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, France, Géorgie, Guatemala, Hongrie, Islande, Kazakhstan, Koweït, Lettonie, Liban, Liechtenstein, Luxembourg, Malaisie, Mexique, 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 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.

5 CHOIX DE L'OPTION ASSISTANCE RAPATRIEMENT

OUI NON

6 MODALITÉS DE PAIEMENT DE VOTRE COTISATION

Montant trimestriel de votre cotisation :

Devise de paiement : Euro (Zones 1 à 4) Dollar US (Toutes zones)

La devise du paiement doit obligatoirement être identique à la devise du contrat

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'ASFE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Non disponible

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» :

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

Type de carte de crédit : Visa Mastercard Amex

Nom du titulaire de la carte bancaire :

Signature du titulaire de la carte bancaire :

Numéro de carte :

Date d'expiration (MM/AA) : /

Cryptogramme visuel :

(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.

Autorisation de paiement par carte bancaire :

J'autorise MSH INTERNATIONAL pour le compte d'ASFE à débiter ma carte bancaire pour le montant de la première cotisation de mon assurance santé internationale, soit :

Euro (Zones 1 à 4) Dollar US (Toutes zones)

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» :

**** 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) : FR60ZZ460359

COORDONNÉES BANCAIRES DU DÉBITEUR

IBAN

BIC

Nom de votre banque :

DATE (JJ/MM/AAAA)

SIGNATURE OBLIGATOIRE

7 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 inexactes ou incomplètes.

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

Vous pouvez également solliciter le Service réclamation, au 82 rue de Villeneuve 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.

Les informations recueillies peuvent faire l'objet de traitements informatiques destinés à la gestion et à l'exécution des contrats de notre société.

Conformément à la loi «informatique et libertés» du 6 janvier 1978 modifiée en 2004, vous bénéficiez d'un droit d'interrogation, d'accès, de rectification et d'opposition aux informations qui vous concernent, que vous pouvez exercer en nous adressant un courrier accompagné d'une copie d'un titre d'identité signé à : ASF - MSH INTERNATIONAL - Direction juridique - Immeuble Season - 39 rue Mstislav Rostropovitch - 75815 Paris cedex 17.

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

8 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 <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> |
| 2 | Avez-vous eu au cours des 3 dernières années un arrêt médical supérieur à 10 jours ? | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> |
| 3 | Avez-vous été hospitalisé(e) (dans un hôpital, une clinique, un établissement thermal...) au cours des 10 dernières années pour un(e) ou plusieurs : | |
| | - interventions chirurgicales | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> |
| | - suivis/traitements médicaux | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> |
| 4 | Avez-vous été atteint au cours des 10 dernières années de maladies, affections accidents ayant entraîné une surveillance médicale (traitements, soins médicaux, suivi médical régulier...) de plus de 15 jours ? | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> |
| 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 <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> |
| 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 <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> |
| 7 | Devez-vous, dans les 12 prochains mois, subir : | |
| | - une intervention médicale ou chirurgicale ? | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> |
| | - un examen médical (radiologie, examen de laboratoire, IRM, scanner, consultation...) ? | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> |
| | - un traitement médical de toute sorte (psychologie, kinésithérapie, radiothérapie, orthophonie, chimiothérapie, traitement dentaire, médicamenteux...) ? | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> |
| 8 | Avez-vous subi, au cours des 5 dernières années, des tests biologiques et/ou sérologiques qui se soient révélés anormaux ? | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> |

QUESTIONS (suite)

9	L'un de vos parents, frères ou sœurs (y compris décédés) a-t-il souffert, avant l'âge de 65 ans, de diabète, problèmes cardiaques, tension artérielle élevée, taux de cholestérol élevé, cancer, troubles rénaux, polyposie du côlon, ou toute autre pathologie héréditaire ?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
10	Consommez-vous : - plus de 10 cigarettes par jour ?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
	- plus de 2 verres de vin (ou équivalent) par jour ?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
11	Consommez-vous ou avez-vous déjà consommé des stupéfiants (marijuana, haschich...) ? Si vous avez arrêté, depuis quelle date ?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> / /
12	Avez-vous déjà suivi une psychothérapie ou consulté un psychiatre ? Si oui, quand ?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> / /

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 I.113-8 et I.113-9 du code des assurances.

<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>
--	---

9 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 18 rue de Courcelles 75008 PARIS, 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 de Protection 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 - 82 rue Villeneuve - 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'édicté, par exemple, par les Nations Unies, l'Office of Foreign Assets Control (OFAC) du Trésor américain ou l'Union Européenne.
- être informé que les informations recueillies ont pour but soit de m'identifier formellement pour me donner accès à un espace sécurisé soit de collecter des éléments permettant à MSH INTERNATIONAL de m'apporter des solutions et des réponses. Ces informations sont exclusivement destinées à MSH INTERNATIONAL et peuvent faire l'objet de traitements destinés au respect de ses obligations légales et à la passation, la promotion, la gestion et l'exécution des contrats d'assurances. Conformément à la loi Informatique et libertés du 6 janvier 1978 modifiée en 2004, vous bénéficiez d'un droit d'interrogation, d'accès, de rectification et d'opposition aux informations qui vous concernent, que vous pouvez exercer en vous adressant à : MSH INTERNATIONAL - Direction juridique - Immeuble Season, 39 rue Mstislav Rostropovitch, 75815 Paris cedex 17, France accompagné d'une copie d'un titre d'identité signé.
- 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.

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** » :

10 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.asfe-expat.com dans votre espace adhérent,
- 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

MERCI D'ADRESSER VOTRE DEMANDE D'ADHÉSION COMPLÈTE :

Par e-mail :

en signant et scannant votre demande d'adhésion et l'ensemble de ses pièces à :
newapplication@msh-intl.com

Par courrier postal :

ASFE - Service Adhésions
 82, rue Villeneuve
 92587 CLICHY Cedex - France

TOUTE DEMANDE INCOMPLÈTE NE POURRA PAS ÊTRE TRAITÉE