

LIFEPLAN'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 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 de votre pays nationalité):

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 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.

3 BÉNÉFICIAIRE(S) DU CAPITAL DÉCÈS / IAD: obligatoire

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

ou

Je désigne comme bénéficiaire (nom - prénom - numéro de téléphone - adresse):

.....
.....
.....

4 CHOIX DE VOS GARANTIES DE PRÉVOYANCE

Merci de bien vouloir noter que la devise retenue pour le contrat (Euro ou Dollar US) doit être la même pour toutes les garanties sélectionnées.

Choisissez la devise du contrat: Euro Dollar US

Garantie obligatoire: Choisissez votre Capital Décès / Invalidité Absolue Définitive Toutes Causes

Ce capital est compris entre 25 000 € (30 000 \$) et 1 000 000 € (1 200 000 \$), par tranches de 25 000 € (30 000 \$).

Montant souhaité:

Le(s) bénéficiaire(s) de ce capital doit/doivent être renseigné(s) en bas de la page précédente.

5 CHOIX DE VOS GARANTIES DE PRÉVOYANCE EN OPTION chacune de ces options peut être souscrite indépendamment l'une de l'autre

Doublement du capital Décès/Invalidité Absolue Définitive en cas d'accident OUI NON

Capital Infirmitté toutes causes (Capital maximal versé en cas d'infirmitté constatée supérieure à 33% d'invalidité)

Ce capital est au choix entre 25 000 € (ou 30 000 \$) et 1 000 000 € (ou 1 200 000 \$) et ne peut être supérieur au capital décès souscrit.

Montant souhaité:

Garantie Arrêt de travail

En cas d'incapacité temporaire de travail, cette garantie permet de maintenir votre niveau de vie en vous versant des indemnités selon les règles établies ci-après, et sont établies en fonction de votre revenu mensuel brut (ou annuel brut divisé par 12).

La garantie «Indemnités Journalières» ne peut se cumuler aux garanties «Short term disability» et/ou «Long term disability». Ces deux dernières peuvent quant à elles être souscrites ensemble, ou indépendamment l'une de l'autre.

- **Garanties Arrêt de travail de type «français»** (non disponible si une ou des garanties Arrêt de travail de type «anglo-saxon» a/ont été souscrite(s))

Indemnités journalières

Indemnité qui sera versée après une période de franchise obligatoire (voir ci-dessous) et pendant une durée maximale de 24 mois, et qui sera suivie par le versement d'une rente si votre incapacité de travail est reconnue permanente.

Votre revenu mensuel brut:

Trois franchises sont disponibles: 30 jours 60 jours 90 jours

Merci de cocher la case qui vous convient. La franchise étant ici la période pendant laquelle vous ne recevrez pas encore d'indemnités.

Montant de l'indemnité journalière: montant compris entre 25 € (ou 30 \$) et 500 € (ou 600 \$) par tranche de 25 € ou 30 \$, dans la limite du montant de capital décès souscrit / 1 000 et qui ne peut excéder 70% du revenu journalier (soit le revenu mensuel brut / 30) brut déclaré. Dans le cas où l'indemnité maximale se situe entre 2 tranches, la tranche supérieure peut être acceptée.

Exemple: Monsieur M gagne 5 000 € par mois, et souscrit 300 000 € de capital décès. Son indemnité journalière maximale se calcule donc de la manière suivante: $(5\ 000/30) \times 0,7 = 116,66$, qui est dans la limite du capital décès (300 000 €/1 000). Monsieur M pourra donc choisir une indemnité journalière allant de 25 € (l'indemnité minimale) à 125 €, dans ce dernier cas son indemnité lui garantira un revenu mensuel de 3 750 €.

Montant souhaité:

- **Garanties Arrêt de travail de type «anglo-saxon»**

Votre revenu mensuel brut:

a. Short term disability (non disponible si la garantie Indemnité journalière a été souscrite)

Cette garantie vous permettra de recevoir une indemnité dès le 1^{er} jour en cas d'incapacité temporaire de travail dû à un accident ou une hospitalisation, et dès le 7^e jour en cas de maladie.

Cette indemnité s'arrêtera automatiquement après une des 3 périodes proposées ci-dessous: 30 jours 60 jours 180 jours

Merci de cocher la période de votre choix. Le montant de l'indemnité reçue est automatiquement de 70% de vos revenus.

Exemple: Madame B a un revenu brut de 7 000 €/mois, son indemnité mensuelle «short term disability» sera de $(7\ 000 \times 0,7) = 4\ 900$ € (soit 163,33 € par jour) à partir du 30^e, 60^e ou 180^e jour d'arrêt de travail, selon son choix.

b. Long term disability (non disponible si la garantie Indemnité journalière a été souscrite)

Cette garantie peut prendre le relais de la garantie Short term disability, sans que cela ne soit obligatoire.

Cette garantie vous permettra de recevoir une indemnité après expiration de la période choisie ci-dessous et jusqu'au 1080^e jour.

Dans le cas où la garantie Short Term disability a été souscrite, cette période ne peut être inférieure à celle choisie pour la garantie Short term. 30 jours 60 jours 180 jours

Merci de cocher la période de votre choix. Le montant de l'indemnité reçue est automatiquement de 70% de vos revenus.

Exemple: Madame B a un revenu brut de 7 000 €/mois, son indemnité mensuelle «Long term disability» sera de $(7\ 000 \times 0,7) = 4\ 900$ € (soit 163,33 € par jour) à partir du 30^e, 60^e ou 180^e jour d'arrêt de travail, selon son choix.

6 MODALITÉS DE PAIEMENT DE VOTRE COTISATION

Montant trimestriel de votre cotisation santé:

 ,

Devise de paiement: Euro Dollar US

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

* 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 Dollar US

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 œuvre 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
39 rue Mstislav Rostrpovitch - 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

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.

En cas de réclamation, nous vous recommandons de prendre contact avec notre groupe, auprès de votre interlocuteur habituel. Sinon, vous pouvez vous adresser par écrit à notre Service réclamation, 23 allées de l'Europe, 92587 CLICHY Cedex ou à l'adresse du Service réclamation du siège régional dont vous dépendez (et dont vous trouverez les coordonnées sur le site internet).

Si, malgré tout, un différend éventuel persistait, vous avez la possibilité de vous adresser au Médiateur de la Chambre Syndicale des Courtiers d'Assurances, compétent pour toute réclamation d'un particulier, 91 rue Saint Lazare, 75009 PARIS, ou à l'Autorité de Contrôle Prudentiel, 61 rue Taitbout, 75009 PARIS.

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 : ASFE - MSH INTERNATIONAL - Direction juridique - Season, 39 rue Mstislav Rostropovitch - 75815 PARIS Cedex 17.

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

8 FORMALITÉS MÉDICALES À NOUS RETOURNER

En fonction de votre âge et du capital décès souscrit, différentes formalités médicales vous seront demandées pour que nous puissions valider votre adhésion.

Merci de vous référer au tableau ci-dessous pour connaître les formalités à nous renvoyer, avec le détail correspondant à chaque situation dans la légende ci-dessous :

Capital décès / Invalidité absolue définitive	25 000 € à 150 000 € (30 000 \$ à 180 000 \$)	150 001 € à 250 000 € (180 001 \$ à 300 000 \$)	250 001 € à 350 000 € (300 001 \$ à 420 000 \$)	350 001 € à 500 000 € (420 001 \$ à 600 000 \$)	500 001 € à 1 000 000 € (600 001 \$ à 1 200 000 \$)
45 ans et moins	1	1	2	4	5
De 46 ans à 55 ans	1	2	4	4	5
De 56 ans à 65 ans	2	3	4	5	5

Légende :

- 1: Questionnaire de santé simplifié
- 2: Questionnaire de santé simplifié + complet
- 3: Questionnaire de santé simplifié + complet + Rapport médical complété, daté et signé par le médecin examinateur
- 4: Questionnaire de santé simplifié + complet + Rapport médical complété, daté et signé par le médecin examinateur + Examens de santé suivants : Cholestérol, triglycérides, transaminases SGO et SGP, test de dépistage du VIH 1 et 2, marqueur de l'hépatite Ac HCV
- 5: Questionnaire de santé simplifié + complet + Rapport médical complété, daté et signé par le médecin examinateur + Examens de santé suivants : Hémogramme, plaquettes, VS, glycémie, cholestérol, HDL, triglycérides, créatinine, gamma GT, transaminases SGO et SGP, test de dépistage du VIH 1 et 2, marqueur de l'hépatite Ac HCV, dosage du PSA pour les hommes de 55 ans + Examen cardiologique par un cardiologue comprenant un Electrocardiogramme avec compte rendu et rapport détaillé du cardiologue rendant compte de son interrogatoire et de son examen clinique

Les documents relatifs aux formalités médicales sont disponibles en pages suivantes.

Exemples :

1. Madame B a 35 ans et souscrit 200 000 € de capital décès et 100 € de garantie Arrêt de travail. Elle devra donc nous retourner le Questionnaire de Santé Simplifié.
2. Monsieur A est âgé de 49 ans et a souscrit 400 000 € de capital décès. Il devra donc nous retourner :
 - Le Questionnaire de santé complet
 - Le Rapport Médical complété, daté et signé par le médecin examinateur
 - Les résultats des Examens de Santé suivants, soit : Cholestérol, triglycérides, transaminases SGO et SGP, test de dépistage du VIH 1 et 2, marqueur de l'hépatite Ac HCV.

Vous retrouverez ces formalités médicales dans les pages suivantes.

Merci de veiller à nous retourner uniquement celles qui sont nécessaires selon votre âge et capitaux souscrits, selon les formalités indiquées dans le tableau ci-dessus. En cas de doute, n'hésitez pas à nous contacter au +33 (0)1 44 20 48 77.

9 QUESTIONNAIRE DE SANTÉ SIMPLIFIÉ

Prénom(s) :

Nom de famille :

Date de naissance : / / (JJ/MM/AAAA)

Adresse :

Code postal :

Ville :

Profession :

TRÈS IMPORTANT

1. **Article L.113-8 du Code des assurances :** Indépendamment des causes ordinaires de nullité, et sous réserve des dispositions de l'article L.132-26, le contrat d'assurance est nul, en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de l'assuré(e), quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour l'assureur, alors même que le risque omis ou dénaturé par l'assuré(e) a été sans influence sur le sinistre.
2. **Lisez très attentivement le questionnaire ci-dessous :** L'assureur attire votre attention sur l'importance de ce questionnaire qui doit, impérativement, comporter une réponse à toutes les questions, être daté et signé. **EN CAS DE RÉPONSE(S) POSITIVE(S) à une ou plusieurs questions, merci de nous indiquer toutes les précisions utiles (date, motif, suite ou séquelle, nature du traitement, durée...) sur une feuille complémentaire datée et signée.**
3. **Confidentialité :** Quelles que soient les réponses données dans ce questionnaire de santé, vous pouvez les transmettre dans une enveloppe fermée à l'attention du « Médecin conseil ». Cependant si parmi ces réponses, vous avez répondu « Oui » à au moins l'une d'entre elles, **vous êtes formellement invité(e) à transmettre ce questionnaire de santé dans une enveloppe fermée à l'attention du « Médecin conseil »**

Taille : cm Poids : kg

1

Au cours des **10 dernières années**, avez-vous été hospitalisé(e) et/ou subi des interventions chirurgicales y compris par endoscopie (autres que césarienne, appendicectomie, ablation des amygdales et des végétations ou de la vésicule biliaire) ?

NON OUI

2

Au cours des **5 dernières années**, avez-vous :

- consulté pour la colonne vertébrale (exemples : hernie discale, lombalgie, sciatique...) ou pour une atteinte articulaire ou rhumatismale (exemples : épaule, genou, hanche...)?

NON OUI

- consulté pour des troubles psychiques (exemples : anxiété, dépression, fatigue, stress, surmenage...)?

NON OUI

- eu un arrêt de travail sur prescription médicale pour raison de santé de plus de **30 jours** ?

NON OUI

3	Êtes-vous ou avez-vous été pris(e) en charge à 100% (exonération du ticket modérateur / remboursement à 100% des frais médicaux) pour raison médicale par un organisme de sécurité sociale au cours des 15 dernières années ?	NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>
4	Êtes-vous, actuellement, en arrêt de travail total ou partiel sur prescription médicale pour raison de santé (hors congé légal de maternité) ?	NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>
5	Faites-vous l'objet d'un suivi médical et/ou d'un traitement médical (exemples: tranquillisants, traitement pour le cholestérol, le diabète, l'hypertension artérielle...)?	NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>
6	Êtes-vous titulaire d'une pension, rente ou allocation au titre d'une inaptitude au travail ou d'une invalidité ou de l'Allocation pour Adulte Handicapé (AAH) ?	NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>
7	Est-il prévu (hors maternité) que, dans les 6 prochains mois , vous alliez passer des examens (laboratoire, imagerie médicale, endoscopie...), faire l'objet d'une consultation spécialisée, d'une hospitalisation et/ou d'une intervention chirurgicale ?	NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>

Je certifie l'exactitude et la sincérité des présentes déclarations. Les données personnelles vous concernant sont traitées par l'assureur dans le respect de la loi Informatique et Libertés du 6 Janvier 1978 modifiée. Leur traitement est nécessaire à la gestion de votre dossier et à la mise en œuvre de vos garanties. Vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, de suppression et d'opposition sans frais, en vous adressant par courrier à l'adresse suivante: Groupama Gan Vie – Service des Relations avec les Consommateurs – Immeuble Michelet – 4-8 Cours Michelet – 92082 La Défense Cedex ou par courriel à l'adresse suivante: src-collectives@ggvie.fr.

Vous acceptez expressément le recueil et le traitement des données concernant votre santé. Nécessaires à votre affiliation, à sa gestion et celle de vos garanties, ces données sont traitées dans le respect de la confidentialité médicale. Elles sont exclusivement destinées au médecin-conseil de l'assureur et à son service médical ou personnes habilitées (tels les experts médicaux ou professionnels de santé). Toutefois, si vous avez choisi de ne pas confidentialiser votre questionnaire de santé, les données y figurant sont également destinées aux services de gestion de votre assureur. Vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition à vos données médicales en vous adressant par courrier postal, accompagné de la photocopie d'une pièce d'identité, au médecin-conseil de votre assureur à l'adresse suivante: Service Médical Collectives – Immeuble Michelet – 4-8 Cours Michelet – 92082 La Défense Cedex.

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 QUESTIONNAIRE DE SANTÉ COMPLET

Prénom(s):

Nom de famille:

Date de naissance: / / (JJ/MM/AAAA)

Adresse :

Code postal:

Ville:

Profession:

TRÈS IMPORTANT

- Article L.113-8 du Code des assurances:** Indépendamment des causes ordinaires de nullité, et sous réserve des dispositions de l'article L.132-26, le contrat d'assurance est nul, en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de l'assuré(e), quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour l'assureur, alors même que le risque omis ou dénaturé par l'assuré(e) a été sans influence sur le sinistre.
- Lisez très attentivement le questionnaire ci-dessous:** L'assureur attire votre attention sur l'importance de ce questionnaire qui doit, impérativement, comporter une réponse à toutes les questions, être daté et signé. **EN CAS DE RÉPONSE(S) POSITIVE(S) à une ou plusieurs questions, merci de nous indiquer toutes les précisions utiles (date, motif, suite ou séquelle, nature du traitement, durée...)** sur une feuille complémentaire datée et signée.
- Confidentialité:** Quelles que soient les réponses données dans ce questionnaire de santé, vous pouvez les transmettre dans une enveloppe fermée à l'attention du « Médecin conseil ». Cependant si parmi ces réponses, vous avez répondu « Oui » à au moins l'une d'entre elles, **vous êtes formellement invité(e)** à transmettre ce questionnaire de santé dans une enveloppe fermée à l'attention du « Médecin conseil »

Taille: cm Poids: kg

1	Au cours des 10 dernières années , avez-vous été hospitalisé(e) et/ou subi des interventions chirurgicales y compris par endoscopie (autres que césarienne, appendicectomie, ablation des amygdales et des végétations ou de la vésicule biliaire) ?	NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>
---	---	---

Nature de l'(des) hospitalisation(s):

Date(s):

Nature de l'(des) intervention(s) chirurgicale(s):

Date(s):

<p>Au cours des 5 dernières années, avez-vous :</p> <p>- consulté pour la colonne vertébrale (exemples : hernie discale, lombalgie, sciatique...) ou pour une atteinte articulaire ou rhumatismale (exemples : épaule, genou, hanche...)?</p>	<p>NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/></p>	<p>Précisez :</p> <p>Date(s) :</p>
<p>- consulté pour des troubles psychiques (exemples : anxiété, dépression, fatigue, stress, surmenage...)?</p>	<p>NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/></p>	<p>Précisez :</p> <p>Date(s) :</p>
<p>- consulté pour un souffle cardiaque ?</p>	<p>NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/></p>	<p>Précisez :</p> <p>Date(s) :</p>
<p>- consulté pour des troubles respiratoires (exemples : asthme, bronchite récidivante...)?</p>	<p>NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/></p>	<p>Précisez :</p> <p>Date(s) :</p>
<p>2 - été atteint(e) d'une maladie ayant motivé un arrêt de travail sur prescription médicale pour raison de santé et/ou un traitement médical (hors congé légal de maternité) de plus de 30 jours ?</p>	<p>NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/></p>	<p>Laquelle ?</p> <p>Durée de l'arrêt de travail :</p> <p>Nature du traitement médical :</p> <p>Date(s) :</p>
<p>- été victime d'un accident ayant motivé un arrêt de travail sur prescription médicale pour raison de santé et/ou un traitement médical de plus de 30 jours ?</p>	<p>NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/></p>	<p>Date de l'accident :</p> <p>Nature des blessures :</p> <p>Durée de l'arrêt de travail :</p> <p>Subsiste-t-il des séquelles ?</p> <p>Lesquelles ?</p> <p>Nature du traitement médical :</p>
<p>- suivi un traitement par laser, rayons ou chimiothérapie ?</p>	<p>NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/></p>	<p>Précisez :</p> <p>Date(s) :</p> <p>Durée(s) :</p>
<p>3 Avez-vous subi un test de dépistage de la séropositivité à l'un des virus de l'immunodéficience humaine (VIH), de l'hépatite B (VHB), de l'hépatite C (VHC) dont l'un des résultats indique la mention « positif » ?</p>	<p>NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/></p>	<p>Lequel ou lesquels ?</p> <p>À quelle(s) date(s) ?</p>
<p>4 Êtes-vous ou avez-vous été pris(e) en charge à 100 % (exonération du ticket modérateur / remboursement à 100 % des frais médicaux) pour raison médicale par un organisme de sécurité sociale au cours des 15 dernières années ?</p>	<p>NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/></p>	<p>Pourquoi ?</p> <p>Date(s) :</p> <p>Durée(s) :</p>
<p>5 Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu plus de 3 arrêts de travail sur prescription médicale quelle qu'en soit la durée et/ou des examens médicaux (exemples : radiologie cardiologie, laboratoire ...) dans un autre cadre que celui de la prévention systématique ?</p>	<p>NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/></p>	<p>Date(s) :</p> <p>Durée(s) :</p> <p>Lesquels ?</p> <p>Pourquoi ?</p> <p>Résultats (à joindre si possible) :</p>
<p>6 Êtes-vous, actuellement, en arrêt de travail total ou partiel sur prescription médicale pour raison de santé (hors congé légal de maternité) ?</p>	<p>NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/></p>	<p>Pour quelle raison ?</p> <p>Depuis quelle date ?</p> <p>Date prévue de la reprise :</p>
<p>7 Vous savez-vous atteint(e) d'une maladie et/ ou d'une affection quelconque ?</p>	<p>NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/></p>	<p>Laquelle ?</p> <p>Depuis quelle date :</p>

<p>8 Faites-vous l'objet d'un suivi médical et/ou d'un traitement médical (exemples: tranquillisants, traitement pour le cholestérol, le diabète, l'hypertension artérielle ...)?</p>	<p>NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/></p>	<p>Pour quelle raison?</p> <p>Nature du suivi médical et/ou du traitement médical:</p> <p>Depuis quelle date?</p>
<p>9 Êtes-vous titulaire: - d'une pension, rente ou allocation au titre d'une inaptitude au travail ou d'une invalidité?</p>	<p>NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/></p>	<p>Depuis quelle date? Pourquoi?</p> <p>À quel taux ou quelle catégorie? Quel est l'organisme qui verse la prestation?</p>
<p>- de l'Allocation pour Adulte Handicapé (AAH)?</p>	<p>NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/></p>	<p>Depuis quelle date? Pourquoi?</p> <p>À quel taux?</p>
<p>10 Êtes-vous atteint(e) d'une malformation et/ou avez-vous été amputé(e) d'un membre?</p>	<p>NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/></p>	<p>Précisez:</p> <p>Date(s):</p>
<p>11 Êtes-vous atteint(e) d'un défaut de l'ouïe et/ou de la vue (autre que myopie, presbytie ou astigmatisme)?</p>	<p>NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/></p>	<p>Précisez:</p> <p>Origine(s):</p>
<p>Est-il prévu (hors maternité) que, dans les 12 prochains mois, vous alliez: - passer des examens (laboratoire, imagerie médicale, endoscopie...) dans un autre cadre que celui de la prévention systématique?</p>	<p>NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/></p>	<p>Nature des examens:</p> <p>Date(s):</p>
<p>12 - faire l'objet d'une consultation spécialisée?</p>	<p>NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/></p>	<p>Pourquoi?</p> <p>Date(s):</p>
<p>- faire l'objet d'un traitement médical et/ou d'une intervention chirurgicale (hors bilan de santé)?</p>	<p>NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/></p>	<p>Nature du traitement médical:</p> <p>Type d'intervention chirurgicale:</p> <p>Date(s):</p> <p>Pourquoi?</p>

Je certifie l'exactitude et la sincérité des présentes déclarations. Les données personnelles vous concernant sont traitées par l'assureur dans le respect de la loi Informatique et Libertés du 6 Janvier 1978 modifiée. Leur traitement est nécessaire à la gestion de votre dossier et à la mise en œuvre de vos garanties. Vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, de suppression et d'opposition sans frais, en vous adressant par courrier à l'adresse suivante: Groupama Gan Vie - Service des Relations avec les Consommateurs - Immeuble Michelet - 4-8 Cours Michelet - 92082 La Défense Cedex ou par courriel à l'adresse suivante: **src-collectives@ggvie.fr**.

Vous acceptez expressément le recueil et le traitement des données concernant votre santé. Nécessaires à votre affiliation, à sa gestion et celle de vos garanties, ces données sont traitées dans le respect de la confidentialité médicale. Elles sont exclusivement destinées au médecin-conseil de l'assureur et à son service médical ou personnes habilitées (tels les experts médicaux ou professionnels de santé). Toutefois, si vous avez choisi de ne pas confidentialiser votre questionnaire de santé, les données y figurant sont également destinées aux services de gestion de votre assureur. Vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition à vos données médicales en vous adressant par courrier postal, accompagné de la photocopie d'une pièce d'identité, au médecin-conseil de votre assureur à l'adresse suivante: Service Médical Collectives - Immeuble Michelet - 4-8 Cours Michelet - 92082 La Défense Cedex.

<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>
--	--

11 RAPPORT MÉDICAL

Ces déclarations doivent comporter une réponse à toutes les questions (les traits et les mentions RAS ne sont pas considérés comme des réponses) et être impérativement datées et signées, faute de quoi l'assureur ne pourrait vous garantir.

Très important : Article L.113-8 du Code des assurances : Indépendamment des causes ordinaires de nullité, et sous réserve des dispositions de l'article L.132-26, le contrat d'assurance est nul, en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de l'assuré(e), quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour l'assureur, alors même que le risque omis ou dénaturé par l'assuré(e) a été sans influence sur le sinistre.

DÉCLARATIONS DE LA PERSONNE À ASSURER, RECUEILLIES ET INSCRITES PAR LE MÉDECIN

Prénom(s):

Nom de famille:

Date de naissance: / / (JJ/MM/AAAA) Lieu de naissance:

Situation de famille:

Adresse :

Code postal: Ville:

Profession actuelle:

Référence du contrat (si connue):

QUESTIONS

1

Êtes-vous actuellement en arrêt de travail total ou partiel sur prescription médicale pour raison de santé (hors congé légal de maternité)?

NON OUI

Depuis quelle date ?
Cause :

2

Au cours des **5 dernières années**, avez-vous été en arrêt de travail total ou partiel sur prescription médicale pour raison de santé pendant plus de **3 semaines**?

NON OUI

Date(s):
Cause(s):

Date(s) de reprise:

3

Bénéficiez-vous d'une pension, rente ou allocation au titre d'une inaptitude au travail ou d'une invalidité?

NON OUI

Quel taux ou quelle catégorie?
Date d'attribution:
Cause:

À quel titre?

Régime général Maladie professionnelle Militaire Accident du travail

4

Présentez-vous une infirmité ou un handicap?

NON OUI

Précisez:

Origine:

5

Avez-vous été ou êtes-vous pris(e) en charge à 100 % (exonération du ticket modérateur/.remboursement à 100 % des frais médicaux) pour raison médicale par un organisme de sécurité sociale (Sécurité Sociale, Mutualité Sociale Agricole...)?

NON OUI

Pour quelle raison?

Date d'attribution de la 1^{re} exonération:

6

Avez-vous été victime d'accidents?

NON OUI

Date(s):
Nature et localisation des blessures éventuelles:

Subsiste-t-il des séquelles?
Lesquelles?

7	Avez-vous été hospitalisé(e) ?	NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	Date(s): Cause(s):
8	Avez-vous subi des interventions chirurgicales y compris sous anesthésie locale ou par endoscopie (hormis chirurgie dentaire) ?	NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	Lesquelles ? Pourquoi ? Date(s):
9	Avez-vous subi un traitement par rayons, laser ou chimiothérapie ?	NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	Date(s): Cause(s): Traitement:
	Au cours des 12 derniers mois , avez-vous eu : - plus de 3 arrêts de travail sur prescription médicale quelle qu'en soit la durée ?	NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	Précisez : Date(s):
10	- des examens médicaux dans un autre cadre que celui de la prévention systématique (exemples: dopler, ECG, EFR, prises de sang, endoscopie, imagerie médicale, radiographie, scanner...)	NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	Date(s): Nature: Cause(s): Résultats:
11	Avez-vous suivi des traitements médicaux de plus de 30 jours au cours des 2 dernières années ou suivez-vous un traitement médical actuellement ?	NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	Date(s): Nature: Cause(s):
12	Avez-vous consulté un médecin au cours des 3 derniers mois ?	NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	Date(s): Cause(s):
13	Consommez-vous des boissons alcoolisées (apéritifs, bière, digestifs, vin) ?	NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	Lesquelles: Vin <input type="checkbox"/> Apéritifs <input type="checkbox"/> Autres <input type="checkbox"/> Bière <input type="checkbox"/> Digestifs <input type="checkbox"/> Quantité par jour:
14	Fumez-vous ?	NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	Depuis quand ? Nb de cigarettes/jour: Nb de cigares/jour: Nb de pipes/jour:
	Utilisez-vous un vapoteur (exemples: cigarette électronique, cigare électronique, pipe électronique...)?	NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	
15	Avez-vous fumé ?	NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	Quantité (par jour): Durée en années: Date d'arrêt: Motif:
16	Avez-vous subi un test de dépistage de la séropositivité à l'un des virus de l'immunodéficience humaine (VIH), de l'hépatite B (VhB), de l'hépatite C (VhC) dont l'un des résultats indique la mention « positif » ?	NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	Lequel ou lesquels ? À quelle(s) date(s) ?

<p>17 À votre connaissance, devez-vous dans les 6 prochains mois consulter un spécialiste, passer des examens médicaux, être hospitalisé(e) ou subi une intervention chirurgicale?</p>	<p>NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/></p>	<p>Pourquoi?</p> <p>Date(s):</p> <p>Nature des examens:</p> <p>Type d'intervention chirurgicale:</p>
AVEZ-VOUS SOUFFERT OU SOUFFREZ-VOUS D'UNE :		
<p>18 Affection respiratoire ou pulmonaire (exemples : allergie, asthme, bronchite, embolie pulmonaire, emphysème, pleurésie, pneumonie, tuberculose...)?</p>	<p>NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/></p>	<p>Laquelle?</p> <p>Date d'apparition:</p> <p>Nb de crises par an:</p>
<p>19 Affection neurologique ou cérébrale ou neuromusculaire (exemples : anévrisme, accident vasculaire cérébral, épilepsie, fibromyalgie, sclérose en plaques, méningite, myopathie, paralysie même passagère...)?</p>	<p>NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/></p>	<p>Laquelle?</p> <p>Date d'apparition:</p> <p>En cas d'épilepsie, nb de crises par an:</p>
<p>20 Affection psychique (exemples : anxiété, dépression nerveuse, fatigue, insomnies, stress, surmenage, trouble du comportement...)?</p>	<p>NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/></p>	<p>Laquelle?</p> <p>Traitement:</p> <p>Durée:</p> <p>Date(s):</p>
<p>21 Affection du cœur ou des vaisseaux (exemples : artérite, douleurs thoraciques, hypertension artérielle, infarctus, insuffisance coronarienne, malformation, œdème, palpitations, phlébite, souffle, troubles du rythme...)?</p>	<p>NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/></p>	<p>Laquelle?</p> <p>Date(s):</p>
<p>22 Affection digestive ou hépatique (exemples : cirrhose, colopathie, constipation, Crohn, diarrhée, diverticules, hernie hiatale, hépatite, brûlures digestives, pancréatite, parasitose, polypes, rectocolite hémorragique, rectorragies, ulcère...)?</p>	<p>NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/></p>	<p>Laquelle?</p> <p>Date(s):</p>
<p>23 Affection rénale ou urinaire (exemples : albuminurie, calculs, coliques néphrétiques, dialyse, hématurie, kystes rénaux, néphrite...)?</p>	<p>NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/></p>	<p>Laquelle?</p> <p>Date(s):</p>
<p>24 Affection rhumatismale inflammatoire (exemples : pelvispondylite, polyarthrite rhumatoïde, rhumatisme psoriasique, spondylarthrite...)?</p>	<p>NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/></p>	<p>Laquelle?</p> <p>Date(s):</p>
<p>25 Affection ostéo-articulaire (colonne vertébrale ou autres articulations) (exemples : algodystrophie, arthrose, hernie discale, lombalgies, ostéoporose, prothèse, rupture ligamentaire, sciatique, scoliose, tassement vertébral...)?</p>	<p>NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/></p>	<p>Laquelle?</p> <p>Date(s):</p>
<p>26 Affection endocrinienne ou du métabolisme (exemples : affection de la thyroïde, cholestérol, diabète, dyslipidémie, goutte)?</p>	<p>NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/></p>	<p>Laquelle?</p> <p>Date(s):</p>
<p>27 Affection sanguine ou ganglionnaire (exemples : adénopathies, anémie, hémochromatose, hémophilie, leucémie, polyglobulie, splénomégalie, troubles de la coagulation...)?</p>	<p>NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/></p>	<p>Laquelle?</p> <p>Date(s):</p>

28	Affection cutanée (exemples: eczéma, herpès, kyste, lupus, mycose, nævus, psoriasis, purpura, zona...)?	NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	Laquelle? Date(s):
29	Affection des yeux ou ORL (exemples: cataracte, glaucome, laryngite, otite, rétinopathie, sinusite, vertiges...)?	NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	Laquelle? Date(s):
QUESTIONS RÉSERVÉES AUX PERSONNES DU SEXE FÉMININ			
30	Avez-vous été ou êtes-vous atteinte d'une affection génitale et/ou mammaire?	NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	Laquelle? Date de la dernière consultation :
31	Avez-vous déjà subi une mammographie ou une échographie pelvienne?	NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	Mammographie <input type="checkbox"/> Échographie <input type="checkbox"/> Pourquoi? Date(s): Résultat (le joindre):
32	Êtes-vous enceinte?	NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	Grossesse normale: OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> De combien de mois? Césarienne prévue: OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>

Les données personnelles concernant votre santé sont traitées dans le respect de la loi Informatique et Libertés du 6 Janvier 1978 modifiée. Vous en acceptez expressément le recueil et le traitement nécessaires à la gestion de votre adhésion et de vos garanties.

Ces données sont traitées dans le respect du secret médical. Elles sont exclusivement destinées au médecin-conseil de l'assureur et à son service médical. Vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition en vous adressant par courrier postal accompagné d'une photocopie d'une pièce d'identité au médecin-conseil de l'assureur - Service Médical Collectives - Immeuble Michelet - 4-8 Cours Michelet - 92082 La Défense Cedex

Je soussigné(e) Docteur _____

- certifie avoir lu à la personne à assurer l'ensemble des questions du présent questionnaire et avoir exactement inscrit en face de chaque question la réponse qu'elle y a apportée.

- atteste que la signature de M _____ a été apposée en ma présence.

Fait à:

Le (JJ/MM/AAAA): / /

Signature et cachet du Médecin examinateur

Je soussigné(e) M _____

certifie que les réponses au présent questionnaire ont été inscrites en ma présence et qu'elles sont exactement celles que j'ai apportées aux questions posées.

Je sais que mes déclarations exactes et sincères servent de base à mon adhésion au contrat.

Fait à:

Le (JJ/MM/AAAA): / /

Signature de la personne à assurer

EXAMEN MÉDICAL

Nous vous demandons d'avoir l'obligance de ne communiquer à la personne aucun avis qui puisse préjuger de la décision de l'assureur.

1 ASPECT GÉNÉRAL		
Taille (cm):	Poids (kg):	
Variation de poids au cours de la dernière année?	NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	Amaigrissement (kg): Prise de poids (kg): Cause:
Périmètre thoracique:	En inspiration:	En expiration:
Circonférence:	Ombilicale:	Hanches:
Présence de lésions cutanées (exemples nævi, grains de beauté suspects...) ou de cicatrices?	NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	Précisions:
Signes d'alcoolisme ou d'intoxications diverses?	NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	Lesquels?
2 SYSTÈME NERVEUX ET MUSCLES		
Constatez-vous une symptomatologie évocatrice d'une atteinte du système nerveux ou d'une myopathie?	NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	Laquelle?
3 PSYCHIATRIE		
Y a-t-il des troubles du comportement ou du raisonnement de la thymie ou des signes pouvant évoquer une affection psychiatrique ou neuropsychique?	NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	Lesquels?
4 ORGANES SENSITIFS		
Existence d'un trouble ou défaut de la vue?	NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	Lequel? Avant correction: -OD: -OG: Après correction: -OD avec dioptries: -OG avec dioptries:
Baisse de l'acuité auditive?	NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	Uni ou bilatérale? Totale ou partielle?
Autre affection des oreilles?	NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	Laquelle?
5 APPAREIL RESPIRATOIRE		
Votre examen met-il en évidence une anomalie?	NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	Laquelle?
6 EXAMEN CARDIO-VASCULAIRE		
Existence d'une anomalie de l'auscultation cardiaque?	NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	Laquelle?
Existence d'une anomalie à l'auscultation des troncs artériels (carotides, axe iliofémoraux)?	NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	Laquelle?
Existence de troubles du rythme?	NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	Lesquels?
Existence d'une anomalie à la palpation des pouls périphériques?	NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	Précisez:
Troubles du système veineux, œdèmes, troubles trophiques	NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	Laquelle?
Tension artérielle:	Systolique droite: Systolique gauche:	Diastolique droite: Diastolique gauche:
Est-elle traitée?	NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	Nature du traitement:
Si vous constatez une hypertension, veuillez effectuer un contrôle après repos:	Systolique droite: Systolique gauche:	Diastolique droite: Diastolique gauche:
Fréquence du pouls (/mn):		

7 APPAREIL DIGESTIF ET ANNEXES				
La bouche et la gorge ont-elles un aspect pathologique?	NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>	Lequel?	
La palpation de l'abdomen décèle-t-elle un état pathologique?	NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>	Lequel?	
Présence d'une hépatomégalie?	NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>	De combien de cm? Consistance:	
Présence d'une splénomégalie?	NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>	Palpable sur (cm):	
Existence d'une hernie ou d'une éventration?	NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>	Description:	
8 ÉTAT DES OS ET ARTICULATIONS				
Anomalies au niveau des os, des articulations, de la colonne vertébrale (déformation, Lasègue, mobilité, signe inflammatoires...)?	NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>	Lesquelles?	
9 GLANDES ENDOCRINES				
Signes de dysfonctionnement?	NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>	Lequels?	
Existence d'anomalies à la palpation?	NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>	Lesquelles?	
10 GANGLIONS LYMPHATIQUES				
Existence d'anomalies à la palpation?	NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>	Lesquelles?	
11 APPAREIL GÉNITO-URINAIRE				
Résultats de l'examen des urines effectué par vos soins par bandelette: (tout échantillon amené par la personne à assurer est à jeter)	Protéines: NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>	Sucre: NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>
			Leucocytes: NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>
			Sang: NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>
Existence d'une anomalie à la palpation des reins?	NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>	Laquelle?	
Existence d'une anomalie des seins ou des testicules?	NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>	Laquelle?	
12 EN TANT QUE MÉDECIN EXAMINATEUR, CONNAISSEZ-VOUS LA PERSONNE EXAMINÉE?	NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>	Si oui, à quel titre? Si non, vérification d'identité obligatoire Carte d'identité <input type="checkbox"/> Passeport <input type="checkbox"/>	
13 NOM ET ADRESSE DU MÉDECIN TRAITANT:				

Observations éventuelles:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Fait à: Le (JJ/MM/AAAA): / /	Signature et cachet du Médecin examinateur:
---	--

12 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 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 Prévoyance de LIFEPLAN'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 LIFEPLAN'EXPAT.
- avoir pris connaissance et accepté les dispositions des conditions générales LIFEPLAN'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'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 -Season, 39 rue Mstislav Rostropovitch - 75815 PARIS Cedex 17 accompagné d'une copie d'un titre d'identité signé.

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

Fait à (ville/pays, hors USA) :

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** » :

Le (JJ/MM/AAAA) : / /

13 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,
- les justificatifs demandés conformément au tableau de la page 5, en fonction de votre âge et des montants de garanties souhaités,
- une copie d'une pièce d'identité (carte d'identité ou de passeport) de l'adhérent.

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,
ou
- un chèque à l'ordre d'ASFE.

Après règlement de votre cotisation, si vous n'avez pas déjà souscrit un contrat Santé, 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
23, allées de l'Europe
92587 CLICHY Cedex - France

TOUTE DEMANDE INCOMPLÈTE NE POURRA PAS ÊTRE TRAITÉE