



START' EXPAT

VOTRE ASSURANCE SANTÉ
INTERNATIONALE
DES SÉJOURS TEMPORAIRES



QUI SOMMES-NOUS ?

NOTRE MÉTIER

Depuis plus de 40 ans, MSH INTERNATIONAL conçoit et gère des solutions d'assurance santé internationale pour toutes les personnes en situation de mobilité : expatriés salariés ou indépendants, jeunes adultes en séjours à l'étranger (stages, études, WHV), Seniors actifs...

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



CHIFFRES CLÉS

5^{ème} acteur mondial

330 000 assurés

92% d'assurés satisfaits

Une disponibilité
24h/24 et 7j/7

2 000 entreprises couvertes

DES SOLUTIONS POUR LES PARTICULIERS ET LES ENTREPRISES

À travers une gamme complète de solutions adaptées, MSH INTERNATIONAL est capable de répondre aux attentes spécifiques des Particuliers ainsi que des Entreprises et Organisations, en reflétant leur diversité : TPE/PME, ETI, Multinationales, Organisations Internationales, ONG...

L'ASSURANCE SANTÉ AVEC MSH INTERNATIONAL, C'EST TRÈS SIMPLE!

VOTRE PROFIL

- Vous avez entre 16 et 65 ans.
- Vous partez à l'étranger pour une durée minimale d'un mois et jusqu'à 12 mois.
- Vous partez pour réaliser un voyage touristique, un stage, des études, une mission, un Working Holiday Visa (ou PVT) **ou pour toute autre raison personnelle ou professionnelle.**

Pour votre séjour à l'étranger, dans le monde entier, le contrat Start'Expat est un package complet qui couvre :



L'HOSPITALISATION



LES FRAIS MÉDICAUX



L'ASSISTANCE /
RAPATRIEMENT



LA PRÉVOYANCE

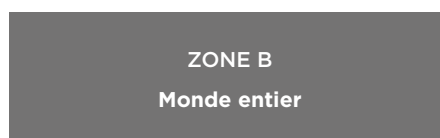
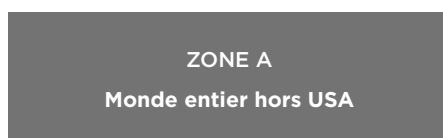


LES RESPONSABILITÉS CIVILES
VIE PRIVÉE ET LOCATIVE



L'ASSURANCE PERTE
ET VOL DE BAGAGES

Il ne vous reste plus qu'à choisir votre zone d'expatriation :



BON À SAVOIR

- L'assurance Start'Expat ne peut être souscrite qu'à titre individuel.
- Si vous partez en couple, merci de faire deux adhésions séparées.
- Si vous partez en famille (conjoint + enfants), contactez nos conseillers qui vous orienteront vers les solutions adaptées : [First'Expat+ et Relais'Expat+](#).

VOS GARANTIES EN DÉTAIL



GARANTIES SANTÉ

Nous prenons en charge vos frais médicaux et hospitaliers jusqu'à 250 000 € pour votre séjour. En cas de maladie inopinée¹ ou d'accident², vous êtes remboursé selon les conditions suivantes :

| | |
|--|---|
| Hospitalisation médicale ou chirurgicale : - Frais de séjour - Actes médicaux - Consultations - Examens, analyses, médicaments - Frais de transport en ambulance liés à une hospitalisation prise en charge | 100% des frais réels |
| Chambre semi-privée | 100% des frais réels (jusqu'à 100 € par jour) |
| Consultations de médecins généralistes et spécialistes (sauf dentistes) | 100% des frais réels (jusqu'à 80 € par acte au-delà de 2 visites) |
| Pharmacie | 100% des frais réels (jusqu'à 3 000 €) |
| Frais d'analyses et de travaux de laboratoire, actes de radiologie, imagerie médicale (I.R.M.) et scanners, analyses, auxiliaires médicaux | 100% des frais réels |
| Soins dentaires occasionnés par un accident ou par une urgence dentaire ³ (non-consécutifs à un mauvais état préalable de la dentition ou des gencives) | 100% des frais réels (jusqu'à 350 €) |
| Prothèses dentaires et autres prothèses (suite à accident caractérisé uniquement) | 100% des frais réels (jusqu'à 200 €) |
| Optique : verres et monture (suite à accident caractérisé uniquement) | 100% des frais réels (jusqu'à 150 €) |



GARANTIES PRÉVOYANCE

Parce qu'un accident ou une maladie soudaine peut générer plus que des frais de santé, vous bénéficiez, en cas de :

| | |
|-----------------------------|---------------------------------------|
| Décès | Un capital de 10 000 € |
| Infirmité Permanente Totale | Un capital pouvant atteindre 50 000 € |



GARANTIES RESPONSABILITÉ CIVILE

RESPONSABILITÉ CIVILE VIE PRIVÉE

| | |
|---|---|
| Plafond global de la garantie Franchise | 4 000 000 € (par évènement) 80 € (par évènement) |
| Dont dommages corporels et dommages immatériels consécutifs à des dommages corporels garantis | 4 000 000 € (par évènement) |
| Dont dommages matériels et dommages immatériels consécutifs à des dommages matériels garantis | 450 000 € (par évènement) |
| Dommages au matériel confié dans le cadre d'un stage | 12 000 € (par évènement) |

RESPONSABILITÉ CIVILE LOCATIVE À L'ÉTRANGER

| | |
|--|---|
| Plafond global de la garantie Franchise | 100 000 € (par évènement) 80 € (par évènement) |
|--|---|

DÉFINITIONS

1. Maladie inopinée: toute altération de santé médicalement constatée soudaine et imprévisible nécessitant une intervention chirurgicale ou un traitement médical ne pouvant attendre le retour ou le rapatriement dans le pays de résidence.
2. Accident: atteinte corporelle non intentionnelle de la part de l'adhérent et provenant exclusivement de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure (entorse, fracture...).
3. Urgence dentaire: toute atteinte infectieuse des racines dont l'absence de traitement sous 48 heures est susceptible d'entraîner des complications. Notre remboursement intervient après l'étude du rapport médical ou dentaire fourni par l'assuré.

VOS GARANTIES EN DÉTAIL



GARANTIES ASSISTANCE / RAPATRIEMENT

| ASSISTANCE MÉDICALE ET RAPATRIEMENT & RETOUR AU DOMICILE APRÈS RAPATRIEMENT | |
|---|---|
| Assistance et rapatriement : information médicale et recommandations d'urgence, contact médical, organisation et prise en charge du bénéficiaire, transport vers un établissement de soins à proximité ou rapatriement vers le pays d'origine | 100% des frais réels |
| Retour d'un accompagnant bénéficiaire | Billet retour |
| Prolongation de séjour de l'Assuré ou d'un accompagnant bénéficiaire | Hôtel : 150 € / nuit (max. 1 500 €) |
| Présence d'un proche en cas d'hospitalisation de plus de 5 jours | Billet A/R + 150 € / nuit (max. 1 500 €) |
| Retour sur le lieu de résidence après un rapatriement dans le pays d'origine | Billet retour |
| Retour anticipé en cas d'hospitalisation de plus de 10 jours d'un membre de la famille | Billet A/R (max 1 / an / assuré) |
| Second avis médical | Aide à l'organisation |
| Assistance au retour au domicile après rapatriement (en France uniquement): - Garde d'enfants - Aide-ménagère - Garde des animaux de compagnie (chiens/chats) - Confort hospitaliser: location de télévision | Voir conditions générales 10 heures Transport + hébergement : 155 € 80 € |
| ASSISTANCE EN CAS DE DÉCÈS | |
| Rapatriement du corps dans le pays d'origine | 100% des frais réels |
| Retour d'un accompagnant bénéficiaire | Billet retour |
| Frais de cercueil ou d'urne | 2 000 € |
| Retour anticipé en cas de décès d'un membre de la famille | Billet A/R |
| Reconnaissance de corps et formalités de décès par des proches | 2 billets A/R + 150 € / pers. / nuit (max. 2 nuits) |
| ASSISTANCE VOYAGE | |
| Avance d'une caution pénale | 15 000 € |
| Avance et prise en charge des honoraires d'avocat | 3 000 € |
| Frais de recherche et de secours en mer, en montagne et dans le désert | 15 000 € |
| Retour anticipé en cas de sinistre dans le lieu de résidence | Billet retour |
| Retour anticipé / transport en zone sécurisée en cas d'attentat ou de catastrophe naturelle | Billet retour ou billet A/R en zone sécurisée |
| Envoi de médicaments introuvables sur place, de dossiers ou de messages urgents... | Organisation & frais d'envoi |
| Assistance en cas de vol, perte ou destruction des documents d'identité ou des moyens de paiement | - Informations démarches administratives - Avance de fonds jusqu'à 2 300 € - Prolongation de séjour : 150 € / nuit (max. 1 500 €) |
| Incident de voyage : retard aérien entraînant une rupture de correspondance, pour des raisons techniques ou atmosphériques | Versement d'une indemnité forfaitaire de 300 € |
| Soutien psychologique : - En cas d'accident, agression ou tentative d'agression, décès d'un membre de la famille, attentat ou catastrophe naturelle - En cas d'agression de l'assuré avec dommages corporels - En cas de décès de l'assuré : consultations pour les ayants droit ou l'accompagnant | 3 entretiens téléphoniques Consultation : 1 500 € Consultations 3 000 € / évènement |
| Accès à l'e-coffre-fort d'Europ Assistance « 1 2 3 classez » pendant votre contrat | Adhésion gratuite au site |



GARANTIES BAGAGES

| Pour les bagages dont vous êtes propriétaires | |
|---|---|
| Assurance vol, destruction totale ou partielle et perte de bagages pendant l'acheminement | 2 000 € (franchise de 25 € / valise) limité à 50% pour les objets précieux |
| Indemnité de retard de livraison de bagages à l'aéroport (>24h) | 300 € |
| Frais de reconstitution de documents d'identité | 150 € |

VOTRE TARIF 2019

Les tarifs ci-dessous sont valables jusqu'au 31/12/2019. inclus pour une période de 12 mois maximum.
Dans le cas où vous partiriez en PVT au Canada, il vous est possible de souscrire pour une durée de 24 mois. N'hésitez pas à contacter nos équipes par téléphone au +33 (0)1 44 20 48 77, ou par e-mail à contact@asfe-expat.com.

ZONE A : Monde entier hors USA

| PRIX PAR PERSONNE ET PAR SÉJOUR | 1 MOIS | 2 MOIS | 3 MOIS | 4 MOIS | 5 MOIS | 6 MOIS | 7 MOIS | 8 MOIS | 9 MOIS | 10 MOIS | 11 MOIS | 12 MOIS |
|---------------------------------|---------|---------|---------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|------------|-----------|
| 16-30 ans | 67,36€ | 112,18€ | 146,33€ | 191,39 € | 240,78 € | 280,51€ | 328,89€ | 377,26€ | 419,17€ | 451,40€ | 481,61€ | 512,90€ |
| 31-40 ans | 124,39€ | 245,69€ | 363,89€ | 482,24€ | 599,51€ | 717,94€ | 833,12€ | 949,39 € | 1 065,65€ | 1 189,56€ | 1 311,44 € | 1 434,4€ |
| 41-50 ans | 163,92€ | 324,76€ | 482,55€ | 638,37€ | 819,04€ | 951,19€ | 1 106,01€ | 1 261,92€ | 1 415,67€ | 1 478,16€ | 1 738,66€ | 1 812,77€ |
| 51-60 ans | 245,55€ | 490,24€ | 730,81€ | 967,31€ | 1 204,87€ | 1 443,62€ | 1 679,15€ | 1 916,82€ | 2 152,33€ | 2 399,84€ | 2 646,49€ | 2 892,07€ |
| 61-65 ans | 320,61€ | 638,25€ | 952,91€ | 1 261,36€ | 1 571,97€ | 1 883,79€ | 2 193,45€ | 2 502,03€ | 2 810,61€ | 3 134,44€ | 3 456,39€ | 3 779,40€ |

ZONE B : Monde entier y compris USA

| PRIX PAR PERSONNE ET PAR SÉJOUR | 1 MOIS | 2 MOIS | 3 MOIS | 4 MOIS | 5 MOIS | 6 MOIS | 7 MOIS | 8 MOIS | 9 MOIS | 10 MOIS | 11 MOIS | 12 MOIS |
|---------------------------------|---------|---------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| 16-30 ans | 103€ | 167,26€ | 211,13€ | 278,87€ | 348,56€ | 415,51€ | 486,57€ | 556,54€ | 617,89€ | 667,40€ | 717,05€ | 763,46€ |
| 31-40 ans | 167,59€ | 334,25€ | 496,73€ | 659,36€ | 821,99€ | 984,70€ | 1 146,32€ | 1 307,95€ | 1 467,41€ | 1 642,08€ | 1 813,64€ | 1 986,28€ |
| 41-50 ans | 236,28€ | 469,48€ | 700,71€ | 927,81€ | 1 156,00€ | 1 386,43€ | 1 613,61€ | 1 841,88€ | 2 069,07€ | 2 307,16€ | 2 545,42€ | 2 782,61€ |
| 51-60 ans | 409,71€ | 759,16€ | 1 134,73€ | 1 505,15€ | 1 876,63€ | 2 250,38€ | 2 621,99€ | 2 992,50€ | 3 363,01€ | 3 756,08€ | 4 142,29€ | 4 531,51€ |
| 61-65 ans | 498,81€ | 994,65€ | 1 486,43€ | 1 972,00€ | 2 460,81€ | 2 950,83€ | 3 437,61€ | 3 924,39€ | 4 416,25€ | 4 924,00€ | 5 434,95€ | 5 946,96€ |

LE PAIEMENT DE VOS COTISATIONS

Merci de joindre à votre dossier :

- un chèque à l'ordre de l'ASFE,
- ou l'autorisation de débit de carte bancaire complétée et signée correspondant au montant total de votre cotisation pour la durée souscrite.

Adressez votre demande d'adhésion complète à :

ASFE, Service Adhésions
23 allées de l'Europe
92 587 Clichy CEDEX
FRANCE

Conscients de la complexité accrue des démarches de santé lorsque l'on vit à l'étranger, nous mettons à votre disposition tout un panel de services pratiques afin de faciliter la gestion de votre santé au quotidien.

VOTRE ESPACE ASSURÉ



Déclarer vos sinistres en ligne

Consulter vos demandes de remboursement

Demander une prise en charge

Demander une attestation d'assurance ou une nouvelle carte d'assuré

Accéder à notre réseau mondial de professionnels de santé agréés par MSH INTERNATIONAL

LA PRISE EN CHARGE DE VOS DEMANDES DE REMBOURSEMENT



Service de gestion disponible 24h/24 7j/7, certifié ISO 9001

Prise en charge directe en cas d'hospitalisation

Second avis médical auprès de nos 20 médecins

Une équipe multilingue et multiculturelle à votre service

Remboursements dans plus de 150 devises

VOTRE APPLICATION MOBILE MSH



Géolocaliser les professionnels de santé du réseau médical MSH à proximité

Consulter vos demandes de remboursement

Planifier vos rendez-vous de santé avec le répertoire de santé

Disposer en permanence de vos informations de santé avec le carnet de santé personnalisé

VOTRE WELCOME PACKAGE



Votre attestation d'assurance

Votre carte d'assuré

Votre guide de l'adhérent

Vos conditions générales

Votre identifiant et votre mot de passe pour l'espace assuré

L'ACCÈS AU RÉSEAU MÉDICAL MSH



Trouver un hôpital agréé par MSH proche de votre lieu de résidence

Géolocaliser les professionnels de santé du réseau médical MSH à proximité

Consulter les fiches santé pays

Accéder à des contenus de prévention spécifiques

NOS RÉPONSES À VOS QUESTIONS LES PLUS FRÉQUENTES

COMMENT SOUSCRIRE ?

Sur notre site internet

Connectez-vous sur www.asfe-expat.com, rubrique « **Nos solutions** ».
Dès que vous avez identifié le contrat répondant à votre besoin, cliquez sur **SOUSCRIRE** et laissez-vous guider.
N'hésitez pas à utiliser l'aide en ligne qui vous aidera à trouver la solution la mieux adaptée à votre situation.
Pour tout renseignement complémentaire, contactez-nous directement par e-mail à contact@asfe-expat.com ou par téléphone au **+33 (0)1 44 20 48 77**.

Par courrier postal

En nous adressant :

- le bulletin d'adhésion complété et signé,
- le questionnaire médical complété et signé, et les informations médicales complémentaires (sur un feuillet à part, daté et signé), si des réponses positives ont été signalées,
- une copie de votre carte d'identité ou de votre passeport,
- un RIB pour le remboursement de vos frais de santé,
- le paiement de votre cotisation.

QUI PEUT SOUSCRIRE ?

Toute personne de plus de 16 ans et de moins de 66 ans souhaitant bénéficier d'une assurance santé lors de son déplacement à l'étranger, quel que soit son statut (voyageur, étudiant, PVT, en mission, stagiaire...).

START'EXPAT EST UNE ASSURANCE COMPLÈTE OU BIEN COMPLÉMENTAIRE ?

Il s'agit d'une assurance complète, qui intervient dès le 1^{er} euro et sans franchise, à 100% des frais réels en cas d'hospitalisation et de frais de santé inopinés (voir définition p. 5).

DOIS-JE FAIRE L'AVANCE DE FRAIS ?

En cas d'hospitalisation ou de soins supérieurs à 400 € ; non. Il y a une prise en charge directe auprès de l'hôpital ou de l'établissement.
Pour les soins externes (consultations, pharmacie...): oui, et vous nous adressez vos factures et justificatifs pour un remboursement 72h après réception du dossier.

SERAI-JE COUVERT IMMÉDIATEMENT, ET DOIS-JE M'Y PRENDRE À L'AVANCE ?

Oui, il n'existe aucun délai d'attente et votre contrat peut prendre effet dès le lendemain de votre adhésion en ligne ou à réception de votre demande par courrier, ou bien à une date ultérieure que vous aurez déterminée vous-même à l'adhésion (dans la limite de 2 mois, ce qui correspond à la validité de votre questionnaire médical).
Nous vous invitons cependant à réaliser votre adhésion 10 à 15 jours avant votre départ pour être sûr de bien partir avec votre Welcome Package.

RECEVRAI-JE DES DOCUMENTS UNE FOIS MON ADHÉSION RÉALISÉE ?

Bien sûr. Nous vous retournerons un Welcome Package **par e-mail** incluant un certificat d'adhésion comportant votre identifiant vous donnant accès à votre espace assuré, véritable sésame pour toute prise en charge hospitalière, l'ensemble des conditions générales de votre contrat et un guide du bénéficiaire vous indiquant l'ensemble des démarches à suivre pendant toute la durée du contrat.

PUIS-JE ÉGALEMENT SOUSCRIRE DE L'ÉTRANGER ?

Aucun problème, vous pouvez souscrire directement sur notre site www.asfe-expat.com où que vous soyez à l'exception des USA (nous contacter dans ce cas),

QUE ME CONSEILLEZ-VOUS AVANT DE PARTIR À L'ÉTRANGER ?

Réalisez un bilan de santé (mise à jour des vaccins et examen dentaire en priorité) et éventuellement un examen médical avec l'établissement d'un certificat qui valide la pratique de tous types de sports (comme la plongée, par exemple).
Munissez-vous d'une trousse médicale avec les principaux produits pharmaceutiques de la vie courante, et vos prescriptions en cours si besoin.
Surtout, n'oubliez pas de communiquer votre numéro de police d'assurance et nos coordonnées à un ami et/ou à votre famille, ainsi que votre adresse et numéro de téléphone sur place.

J'AI D'AUTRES QUESTIONS COMPLÉMENTAIRES : À QUI M'ADRESSER ?

N'hésitez pas à contacter notre équipe au **+33 (0)1 44 20 48 77** pour un contrat dans le monde entier et au **(403) 232-8545** pour un contrat en Amérique du Nord ou votre professionnel d'assurance de proximité qui se feront un plaisir de vous renseigner !

Spécialiste de l'assurance santé internationale, MSH INTERNATIONAL met tout en œuvre pour être votre véritable partenaire santé de proximité à l'étranger. Quatre valeurs clés caractérisent notre engagement à vos côtés pour vous offrir au quotidien le niveau de services que vous méritez.



PROXIMITÉ

4 sièges régionaux à Paris, Toronto, Dubaï et Shanghai

10 implantations locales à Calgary, Houston, Lyon, Genève, Abu Dhabi, Bangkok, Beijing, Shenzhen, Guangzhou et Singapour

Un réseau médical de

94 700 prestataires de santé dans le Monde Entier et plus de

1 000 000 en Amérique du Nord



DIVERSITÉ

Plus de **40** langues parlées

Plus de **60** nationalités

Remboursement dans plus de **150** devises



FLEXIBILITÉ

SOLUTIONS POUR LES PARTICULIERS

- Séjours temporaires (de 1 à 12 mois)
- Expatriation longue au 1^{er} €/€ (12 mois et plus)
- Expatriation longue en complément CFE (12 mois et plus)

SOLUTIONS POUR LES ENTREPRISES & ORGANISATIONS INTERNATIONALES

- Santé
- Prévoyance
- Assistance Rapatriement
- Assurance Déménagement
- RC Vie privée
- Retraite



EMPATHIE

92% d'assurés satisfaits

93% d'entreprises satisfaites

Certification **ISO 9001**

Services pratiques **en ligne**

START' EXPAT

DEMANDE D'ADHÉSION

MERCI DE COMPLÉTER CE FORMULAIRE EN LETTRES CAPITALES, et de nous l'envoyer :

Par courrier postal, voir coordonnées en bas de la dernière page de ce bulletin.

Si vous avez besoin d'aide pour compléter ce bulletin d'adhésion, contactez-nous au +33 (0)1 44 20 48 77.

1 INFORMATIONS SUR L'ADHÉRENT PRINCIPAL AU CONTRAT

Seules les personnes âgées entre 16 et 65 ans peuvent souscrire au contrat.

Civilité: Madame Monsieur

Prénom(s):

Nom de famille:

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

Nationalité:

Profession (pour les actifs/actives; si sans activité ou étudiant, le préciser):

Pays d'expatriation (plusieurs pays peuvent être indiqués):

Téléphone:

E-mail:

Adresse postale dans votre pays de résidence principale:

Durée d'adhésion: 1 mois 2 mois 3 mois 4 mois 5 mois 6 mois
 7 mois 8 mois 9 mois 10 mois 11 mois 12 mois

Date d'effet souhaitée (sous réserve de l'acceptation de votre dossier): / /

Règlement: Chèque Autorisation de débit carte bancaire

2 VOTRE CLAUSE BÉNÉFICIAIRE EN CAS DE DÉCÈS (PRÉVOYANCE)

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.

Je désigne comme bénéficiaire:

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 ainsi que vos nom et prénom)
Précédée de la mention « **Lu et approuvé** »:

3 QUESTIONNAIRE MEDICAL

Merci d'écrire en lettres capitales.

Civilité: Madame Monsieur

Prénom(s):

Nom de famille:

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

Nationalité: Taille (cm): Poids (kg):

EN CAS DE RÉPONSE(S) POSITIVE(S) À L'UNE DES QUESTIONS CI-DESSOUS :

Merci d'apporter toutes les précisions utiles (date, motif, suites ou séquelles, nature du traitement, durée...) sur une feuille complémentaire, datée et signée. Pour des raisons de confidentialité, merci de la joindre à votre envoi dans une enveloppe fermée à l'attention du « Médecin Conseil »

| | |
|---|---|
| Avez-vous été hospitalisé(e) ou avez-vous subi une intervention chirurgicale au cours des 10 dernières années (hors ablation de l'appendicite, des amygdales, des végétations ou des dents de sagesse) ? | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> |
| Avez-vous été par le passé, ou êtes-vous actuellement sous surveillance médicale (traitement, soins médicaux, médicaments...) ? | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> |
| Êtes-vous ou avez-vous été atteint d'une maladie, d'une affection ou d'un accident ayant entraîné une surveillance médicale de plus de 30 jours ? | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> |
| Devez-vous, dans les 12 prochains mois, subir une intervention médicale ou chirurgicale et/ou un examen médical et/ou un traitement médical de toute sorte (psychologie, psychiatrie, kinésithérapie, radiothérapie, orthophonie, chimiothérapie, traitement dentaire, traitement médicamenteux...) ? | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> |
| Avez-vous subi des tests biologiques et/ou sérologiques dont les résultats ont été anormaux ? | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> |

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

Fait à (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 ainsi que vos nom et prénom)
Précédée de la mention « **Lu et approuvé** » :



4 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 :

- **AXA FRANCE VIE,**
pour les garanties de Frais de Santé
- **EUROP ASSISTANCE**
pour les garanties d'Assistance Médicale et Rapatriement, de Prévoyance, et de Responsabilités Civiles Vie Privée et Locative

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 START'EXPAT.
- avoir pris connaissance et accepté les dispositions des conditions générales START'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 ses 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.
- 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 accompagné d'une copie d'un titre d'identité signé.

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 cette demande d'adhésion 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 ainsi que vos nom et prénom)
Précédée de la mention « **Lu et approuvé** » :

5 AUTORISATION DE DÉBIT DE CARTE BANCAIRE

J'autorise MSH INTERNATIONAL / ASFE à débiter ma carte bancaire pour le montant total de ma cotisation, soit :

Nom du titulaire de la carte bancaire :

Type de carte de crédit : Visa Mastercard Amex

Numéro de la carte :

Date d'expiration: / /
(JJ/MM/AAAA)

Cryptogramme:
(les trois derniers chiffres au dos de votre carte bancaire, sauf Amex)

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 ainsi que vos nom et prénom)
Précédée de la mention « **Lu et approuvé** » :

6 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, influent directement sur la qualité et la pertinence de nos propositions.

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.

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 - Immeuble Season - 39 rue Mstislav Rostropovitch - 75815 Paris cedex 17.

7 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 complété et signé, et les informations médicales complémentaires (sur un feuillet à part, daté et signé) si des réponses positives ont été signalées,
- une copie de votre carte d'identité ou de votre passeport,
- un RIB pour le remboursement de vos frais de soins de santé,
- le paiement de votre cotisation.

Vous pouvez régler votre cotisation avec:

- 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 votre guide de l'adhérent, contenant:

- un guide pratique qui vous accompagnera dans vos démarches de remboursements et vous apportera des réponses claires et pratiques aux questions que vous vous posez,
- vos conditions générales.

MERCI D'ADRESSER VOTRE DEMANDE D'ADHÉSION COMPLÈTE :

Par courrier postal:
ASFE - Service Adhésions
23 allées de l'Europe
92587 Clichy Cedex - France

TOUTE DEMANDE INCOMPLÈTE NE POURRA PAS ÊTRE TRAITÉE



MSH INTERNATIONAL

pour le compte de





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 330 000 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.

MSH INTERNATIONAL

L'ASSURANCE SANTÉ. AVEC VOUS. PARTOUT. TOUJOURS.

VOS CONTACTS

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

Pour un contrat dans le monde entier

- Tél. : +33 (0)1 44 20 48 77
- E-mail : contact@asfe-empat.com
- Site web : www.asfe-empat.com
- LinkedIn : MSH INTERNATIONAL

Pour un contrat concernant l'Amérique du Nord

- Tél. : (403) 232-8545
- E-mail : sales@americas.msh-intl.com
- Site web : www.americas.msh-intl.com

VOTRE ASSUREUR-CONSEIL



MSH INTERNATIONAL

pour le compte de

